

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA IV



TESIS DOCTORAL

La salud en disputa.

**La dimensión sociopolítica y comunicacional de las controversias
sobre vacunas en Chile.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR:

Verónica Rocamora Villena

DIRECTORA:

Adela Franzé Mudanó

Madrid, 2017

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA EN COMUNICACIÓN
SOCIAL**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN COMUNICACIÓN SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA IV

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

La salud en disputa.

**La dimensión sociopolítica y comunicacional de las controversias
sobre vacunas en Chile.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR:

Verónica Rocamora Villena

DIRECTORA:

Adela Franzé Mudanó

Madrid, 2017

**Al Topo,
hermanito querido**

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de amigos, familiares y colegas que han estado presentes de muchas formas y todas muy importantes para mí. A todos estoy profundamente agradecida por acompañarme en este recorrido.

En primer lugar, quiero agradecer a Sebastián Monsalve, quien me alentó a tomar otros caminos y me sostuvo con su apoyo incondicional y su cariño en momentos complejos. Sin su mirada crítica, sus aportes correctores y sus conversaciones este trabajo no hubiera sido el mismo. *El mejor compañero de viaje que se pueda desear.*

A mi familia que ha estado presente siempre, cada uno a su manera. A mi padres, Aldo y Blanca, a mis queridos hermanos Gabriel e Iván, y a mi tía Ana por su representación en la beca.

A Loreto Egaña y Mario Monsalve por su apoyo.

A mi directora de tesis, Adela Franzé Mudanó, por ayudarme a abordar la complejidad y por su capacidad para guiar de una manera enriquecedora y respetuosa de mi mirada.

A José Luis Piñuel y los integrantes del grupo de investigación MDCS.

A Manuel Espinel y Andrés Gómez por sus comentarios y aportes a mi trabajo.

A los amigos de siempre y a quienes con su ejemplo me hicieron ver que sí se puede! A Natalia Páez y Ana Prieto. A Victoria Prieto por su apoyo y además por sus artes traductoras. A Beatriz Cavia, Sandra González, Diego Carbajo, María Martínez, Laurent Lèger, Ángeles Sánchez, Eva Lèger, Pierre Couleaud, Adán Salinas y Paula Poblete.

Por último, las condiciones materiales también han sido fundamentales para poder realizar esta investigación. En este sentido, cabe destacar que esta tesis ha sido financiada por el Programa de Formación de Capital Humano Avanzado, Becas Chile, otorgado por la Comisión Nacional de Investigaciones Científica y Tecnológica (CONICYT).

Contenido

Summary.....	5
Resumen	10
INTRODUCCIÓN	17
Planteamiento del problema y objetivos	17
Lineamientos teóricos y principales conceptos	25
La visión triunfalista de la ciencia y el modelo del déficit cognitivo	28
La dimensión sociopolítica y cultural del conocimiento experto: Estudios CTS y Estudios sociales del riesgo.....	33
La gubernamentalidad neoliberal en salud.....	37
Apuntes metodológicos y trabajo de campo	45
Descripción del trabajo de campo	47
PRIMERA PARTE: DIMENSIÓN SOCIOPOLÍTICA DE LAS CONTROVERSIAS SOBRE VACUNAS	57
Capítulo 1: LOS CONFLICTOS Y LAS RESISTENCIAS COMO PARTE DE LA HISTORIA DE LAS VACUNAS	59
Primeros conflictos: controversias científicas y resistencias	61
<i>Las controversias sobre la variolización: modelos médicos y validación profesional</i>	<i>63</i>
La preocupación del Estado por la salud de su población	69
El higienismo y los debates sobre obligatoriedad de la vacuna en Inglaterra.....	71
La teoría microbiana y la vacuna de Pasteur	78
La vacunación fuera de Europa: colonialismo y construcción del Estado moderno ..	83
La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna: choque de élites	84

El colonialismo europeo del siglo XIX y la resistencia a las campañas de vacunación.....	89
La Revuelta de la vacuna en Brasil: resistencia a una modernización excluyente .	92
La obligatoriedad de la vacuna en Chile: la dimensión política del debate	96
Capítulo 2: ESTADO DE BIENESTAR: AMPLIACIÓN DE DERECHOS SOCIALES Y LA “ETAPA DORADA” DE LA VACUNACIÓN.....	107
Estado de Bienestar, derecho a la salud y vacunas	108
La producción masiva de vacunas y el caso de la vacuna de la polio	110
La ampliación de la protección de la salud y las vacunas en Chile	114
La erradicación de la viruela a nivel mundial: el gran símbolo del triunfo de las vacunas.....	121
Capítulo 3: LA RACIONALIDAD NEOLIBERAL: SALUD GLOBAL Y NUEVAS RESISTENCIAS A LA VACUNACIÓN	129
Neoliberalismo y transformaciones en el mercado global de las vacunas.....	131
Transición epidemiológica: el acento en los estilos de vida y la responsabilización del individuo	138
Nuevos debates, nuevas resistencias.....	142
La vacuna pertussis y las organizaciones de padres.....	142
El foco experto en el estudio de Wakefield.....	147
La credibilidad de la OMS en la gestión de la gripe A (H1N1).....	151
El debate sobre el Timerosal y la noción de precaución	155
La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.....	161
SEGUNDA PARTE: GUBERNAMENTALIDAD NEOLIBERAL Y CONTROVERSIAS SOBRE VACUNAS EN CHILE.....	167
Capítulo 4: REFORMAS NEOLIBERALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN CHILE	173
Chile como “laboratorio” de las políticas neoliberales.....	173
El sistema de salud actual, principales indicadores e inmunizaciones	182
Transición epidemiológica e indicadores de salud.....	187

Las inmunizaciones en la actualidad	192
Capítulo 5: CONTROVERSIAS Y RECHAZO A LA VACUNACIÓN EN LA REGIÓN METROPOLITANA	199
Las controversias sobre vacunas en Chile: despliegue de los debates públicos	199
Apuntes sobre las entrevistas: la diversidad de los actores	216
Las tensiones de la gubernamentalidad neoliberal	230
La obligatoriedad de la vacunación y el derecho a decidir	234
El malestar con la medicina y el rol de los expertos	249
La dimensión comunicacional: decisiones informadas y modelo del déficit.....	274
CONCLUSIONES	295
BIBLIOGRAFÍA	313

Summary

In recent years, vaccine controversies have gained international visibility, and this was especially the case for Chile, where public debates and the refusal of parents to vaccinate their children have increased. The most notable controversies include the 2009 H1N1 pandemic influenza vaccine; the dispute over the thimerosal law, which sought to ban this preservative from vaccines because of its possible association with autism; or the most recent opposition to The Human Papillomavirus Vaccine.

Studies on "anti-vaccination" generally focus on the arguments of those who reject this measure without problematizing the role of other actors, such as the health experts (Chatterjee, 2013, Cuesta & Gaspar, 2014, Gómez Marco & Zamanillo Rojo, 2005; Wolfe, Sharp, & Lipsky, 2002). In general, these studies' assumptions derive from traditional visions of science, which have permeated much of public health and the medicine structuring their discourses around the science/belief axis or its derivations, such as, knowledge/ignorance, reason/emotions. The problem with this discourse is that it does not enable to understand the complexity of the views from parents who reject vaccination, excluding them from the discussion thus reserved for experts.

This also has implications for the field of communication, since attributing the problem of vaccination rejection to ignorance or lack of understanding of scientific information leads to focus on the type of solutions oriented to overcome what is known as "cognitive deficit" through communicational and educational campaigns. Thus, this perspective attributes to the communicator the role of "disseminator" of scientific knowledge, which works from "top to bottom" or from "expert to lay knowledge" while delimiting not only the contents, but also the definition of the legitimate actors to convey, transmit, and receive the information.

In order to address the complexity of current controversies on vaccination, this research has sought to distance itself from the knowledge-ignorance axis by considering not only the perspective from the parents who reject vaccination but also the health experts' points of view. In this sense, the mentioned controversy is assumed to be a privileged space for analysis, since the opposing positions had made visible the political and socio-cultural dimension that immunization has had from its early beginning in the 18th

century, when the States started to consider population's health as an object of political power, which, therefore, deserves government intervention.

The governmental intervention and its relation to other health policies, prevailing medical theories, or even more general notions of individual freedom and the limits of state action, should be regarded as prerequisites for assessing the history of vaccine controversies. For this reason, in the first part of this research, a historical review was carried out to establish the linkages between a concrete action such as vaccination policies and its broader context of reference. This review has also noted the particularities of the current scenario, traversed by neoliberal rationality.

The concept of "governmentality", which was developed by M. Foucault (2008, 2009), was of especial relevance to frame this research, since it accounts for a distinctive form of government characterized by structuring the actions of both the rulers and the subjects it governs, being effective not only because it "destroys rules" but because it also creates new types of relationships and subjectivities (Laval & Dardot, 2013). In this context, Foucault's notion of an "entrepreneur of himself" has also been important to explain how within the borders of neoliberalism everyone must self-manage by constantly investing to maximize his capital, i.e. himself and, by extension, his children. In the field of health, this has led to individual accountability and to specific ways of practicing self-care, which resulted in the question of how these ways of understanding health, responsibility or self-care have influenced the vaccine controversy.

Objectives and methodology

Framed within the context drawn by neoliberal governmentality and the individuals' practices established to care for themselves and others, this research aims to understand the meaning of vaccines for both the health experts and the parents who criticize vaccination. With this purpose, the research efforts have focused on analyzing the political, medical, and communicational tensions deployed in the controversies about vaccines that are taking place in Chile, where over the last decades the neoliberal policies have strongly influenced not only the economic field but all spheres of social life, including health.

Since this research aimed to assess the vaccine controversies by understanding the relevance and meanings that vaccines have for the different actors involved, the

research strategy adopted was of qualitative nature. According to Ruiz Olabuenaga, the qualitative methods aim to “capture the meaning attributed to the facts by its protagonist” (1996, p. 17), and assume that such meaning is not merely individual and cannot overlook the social, political, and economic conditions in which subjects are embedded. The non-directive informal interview was the main technique used to gather the qualitative data required for this research.

The fieldwork was carried out in the Metropolitan Region of Chile, in two stages, the first between September and November 2013, and the second, between the end of May and the beginning of August 2015. A total of 31 interviews were conducted: 14 with health experts, 14 with vaccinations-critical parents, and three with institutional communicators specializing in health. These interviews were added to the informal meetings with experts and parents, the bibliographical review consistently updated throughout the research process, the historiographical work carried out at initial stages of this study, and a systematic follow-up of articles from the Chilean press, forums for parents of children with autism, and other groups from social networks.

Conclusions

The historical analysis carried out in this research enables linking the vaccine opposition to the different rationalities and forms of government in place at each historical moment, as well as to characteristics of the particularities of the case study's sociopolitical context. Starting with the study of historical circumstances was crucial to assess the Chilean case at present. At this point, the main conclusions reached by the research are described below.

Actors' diversity

One of the relevant aspects to emphasize is that it is not possible to speak about the "anti-vaccination" group or movement as a uniform and structured entity. The research results point to the diversity of the actors involved in the controversy including the groups of parents who do not vaccinate and the health experts, as well as diversity within both groups. Acknowledging this diversity, we have analyzed the discourses, practices, and strategies articulated by both those who are critical of vaccination and the professionals who defend it.

The tensions of neoliberal governmentality

The discussion on vaccines is crossed by the idea that Chilean citizens are gaining "empowerment", i.e. the Chilean citizen from the present is more critical and demanding than in the past. Although this "empowerment" was part of the State's health policies initially driven to promote citizens "to take care of their own health", it has triggered a series of tensions with the health experts, who have historically had the exclusiveness in the role of "caring for others". This research analyzes the three top tensions expressed in the vaccine controversies:

a) The compulsory vaccination and the right to decide. One of the main tensions faces, on one side, the compulsory character of immunization, which is enforced by law, and, on the contrary side, the parents' right to decide what they understand to be their responsibilities—"taking care of their health and that of their children". The neoliberal policies enforced in Chile have raised the principle of "freedom of choice" as a fundamental value, framing it within the borders of market freedom; however, according to the parents' view the freedom of choice exceeds the merely economic approach, spilling over other aspects of life such as, in this case, to vaccinate or not to vaccinate their children. This generates tension with health professionals, in particular with those who must ensure enforcement of mandatory immunization policies. This situation leads parents to deploy non-vaccination strategies in which they make use not only of their economic capital but their cultural and social capital too.

b) Discomfort with medicine and the role of experts. For parents who are critical of this particular policy, vaccines represent one of the many aspects they dislike about traditional medicine, among which we can mention the relationship with the pharmaceutical industry, the over-medication, the use of "artificial" components, or the imposition of a "vertical" policy, which goes against what they consider as their parents' responsibility to decide on the health of their children. Thus, their rejection of vaccines is a way to criticize this kind of medicine, but also to defend their right to take control over their bodies.

On the one hand, when these parents claim the right to exercise their responsibility for the health of their children, they do so in opposition to an "other", which could be either the State (as in the case of compulsory vaccination) or the doctors (when it comes to

health care in general). That is, health care is regarded as a dispute with those "others" to determine who ultimately has the power to decide on one's health.

On the other hand, the health professionals recognize a tension with this new "empowered" patient, even assuming it sometimes as a phenomenon that leads them to rethink their professional role.

c) The communicational dimension: informed decisions and deficit model. Mothers and fathers describe the decision to vaccinate their children as the result of a long process, in which the search for information plays a fundamental role. The strategies they use to inform themselves depend on some factors such as the source's reliability, the need to reduce uncertainty or the reference frameworks from which they understand their responsibility as parents, and the relationship with health professionals. In the case of vaccines, this is manifested in mentioning their lack of trust towards the communicational campaigns and the official websites, and the importance of searching for testimonies from other parents with whom they identify.

Meanwhile, from the experts' perspectives, the citizens' greater access to health information, in particular through the Internet, has transformed the doctor-patient relationships. Depending on the way health professionals understand their roles, they can positively or negatively assess this factor. To a large extent, the experts explain the controversy over vaccines from the "cognitive deficit" approach, focusing the solutions on the "communicational-educational" aspect. According to this perspective, the communication strategies claimed by experts respond to a "vertical" view that seeks to spread knowledge from "top to bottom" or from "experts to laymen".

Finally, it is possible to point out that around the controversies about vaccines, more complex discussions, regarding a type of medicine, as well as the legitimacy of the experts that represent it and their recommendations, are being developed in Chile.

Resumen

En los últimos años las controversias sobre vacunas han ganado visibilidad a nivel internacional y especialmente en Chile, donde han aumentado los debates públicos y el rechazo de los padres y madres a vacunar a sus hijos. Entre las controversias más destacadas cabe señalar la generada a raíz de la vacuna de la gripe pandémica H1N1 en 2009, la polémica por la ley del timerosal que buscaba prohibir este preservante de las vacunas por su posible vinculación con el autismo o la más reciente oposición a la vacuna del Papiloma Humano.

Los estudios sobre los “antivacunas” generalmente se centran en los argumentos de quienes rechazan esta medida sin problematizar a otros actores como los expertos del ámbito de la salud (Chatterjee, 2013; Cuesta y Gaspar, 2014; Gómez Marco y Zamanillo Rojo, 2005; Wolfe et al., 2002). En general, estos estudios asumen los supuestos que derivan de las visiones tradicionales de la ciencia y que impregnan gran parte de la salud pública y de la medicina, estructurando sus discursos bajo el eje ciencia/creencia o derivaciones como conocimiento/ignorancia, razón/emociones. El problema de este discurso es que no permite comprender la complejidad de los puntos de vista de los padres que rechazan la vacunación y excluyéndolos de la discusión. Esto también tiene consecuencias para el ámbito de la comunicación, ya que atribuir el problema del rechazo a la vacunación a la ignorancia o la falta de comprensión de información científica lleva a centrar las soluciones en superar lo que se conoce como “déficit cognitivo” a través de campañas comunicacionales y educativas. Así, esta perspectiva atribuye al comunicador un rol “divulgador” del conocimiento científico que va de “arriba hacia abajo”, del “experto al lego”, delimitando no solo los contenidos sino también quiénes son los actores legítimos para emitir, transmitir y recibir la información.

Para abordar la complejidad de las controversias actuales sobre vacunación, esta investigación ha buscado alejarse del eje conocimiento-ignorancia, indagando no solo el punto de vista de los padres y madres que rechazan la vacunación, sino también el de los expertos del ámbito de la salud. En este sentido, la controversia se asume como un espacio privilegiado para el análisis, ya que las posiciones contrapuestas hacen más visibles los conflictos que dan cuenta de la dimensión política y sociocultural que tienen las inmunizaciones desde sus inicios en el siglo XVIII, cuando los Estados comenzaron

a entender la salud de la población en su conjunto como objeto del poder político y por lo tanto, merecedora de la intervención gubernamental.

Las controversias que han acompañado la historia de las vacunas no pueden entenderse al margen de esta intervención gubernamental y su relación con otras políticas de salud, teorías médicas dominantes o incluso nociones más generales sobre la libertad individual y los límites de la acción del Estado. Por esta razón, en la primera parte de esta investigación se realizó una revisión histórica que permitió establecer las vinculaciones entre una medida específica como la vacunación y sus marcos más amplios de referencia. Esta revisión también ha dado cuenta de las particularidades de la etapa actual, atravesada por la racionalidad neoliberal.

Para esta investigación ha sido especialmente relevante el concepto de “gubernamentalidad” de M. Foucault (2008, 2009), ya que da cuenta de una forma de gobierno distintiva que se caracteriza por estructurar la acción tanto de los gobernantes como de los sujetos a quienes se gobierna y que es efectiva no solo porque “destruye reglas” sino porque también crea nuevos tipos de relaciones y subjetividades (C. Laval y Dardot, 2013). En este marco, también ha sido importante la noción de “empresario de sí” que utiliza Foucault para dar cuenta de cómo en el neoliberalismo cada sujeto debe autogestionarse invirtiendo permanentemente para maximizar su capital, que es él mismo y por extensión, sus hijos. En el ámbito de la salud esto se ha traducido en una responsabilización individual y en formas específicas de practicar el autocuidado, lo que llevó a preguntarse cómo estas maneras de entender la salud, la responsabilidad o el autocuidado influyen en la controversia sobre las vacunas.

Objetivos y metodología

En el contexto de la gubernamentalidad neoliberal y las prácticas que a partir de ella establecen los sujetos con el cuidado de sí mismos y de los otros, se enmarca el objetivo general de esta investigación, que es comprender el sentido que tienen las vacunas tanto para los expertos del ámbito de la salud como para los padres y madres críticos con la vacunación. Para esto, la investigación se centra en analizar las tensiones políticas, médicas y comunicacionales desplegadas en las controversias actuales sobre las vacunas en un país como Chile que en las últimas décadas ha estado profundamente influido por

las políticas neoliberales, las que han afectado no solo al ámbito económico, sino a todas las esferas de la vida social y al ámbito de la salud en particular.

La propuesta de esta investigación de analizar las controversias centrándose en comprender la relevancia y el sentido que tienen las vacunas para los distintos actores, ha llevado a plantear una investigación de carácter cualitativo. Como señala Ruiz Olabuenaga los métodos cualitativos apuntan a “*captar el significado particular que a cada hecho atribuye su protagonista*” (1996, p. 17), entendiendo que este significado no es algo meramente individual y no puede comprenderse al margen de las condiciones sociales, políticas y económicas en las que están insertos los sujetos. Se ha elegido la *entrevista informal no directiva* como una de las principales técnicas para producir los datos cualitativos necesarios.

El trabajo de campo se realizó en la Región Metropolitana de Chile, en dos etapas: la primera, entre septiembre y noviembre de 2013, y la segunda, entre fines de mayo y principio de agosto de 2015. Se realizaron un total de 31 entrevistas: 14 a expertos del ámbito de la salud, 14 a padres y madres críticos con la vacunación y 3 entrevistas a comunicadores institucionales especializados en salud. Estas entrevistas se sumaron a los encuentros informales con expertos y padres, a una revisión bibliográfica constante durante todo el proceso de investigación, a un trabajo de carácter historiográfico para la primera parte, a un seguimiento sistemático de artículos de la prensa chilena y de foros de padres de niños con autismo y de otros grupos en las redes sociales.

Conclusiones

El análisis histórico realizado en esta investigación ha permitido vincular la oposición a la vacunación con las distintas racionalidades y formas de gobierno de cada etapa, así como dar cuenta de las características del contexto sociopolítico de nuestro caso de estudio. Lo que ha sido muy importante para posteriormente abordar el análisis del caso chileno en la actualidad. En este punto las principales conclusiones a las que llega la investigación son:

Diversidad de los actores

Uno de los aspectos relevantes a destacar es que no es posible hablar de un grupo o movimiento “antivacunas” como algo homogéneo y estructurado. La investigación da

cuenta de la diversidad de los actores, tanto de los padres y madres que no vacunan como de los expertos del ámbito de la salud. Desde esta diversidad hemos analizado cómo se articulan los discursos, prácticas y estrategias tanto de quienes son críticos con la vacunación como también de los profesionales que la defienden.

Las tensiones de la gubernamentalidad neoliberal

La discusión sobre vacunas está atravesada por la idea de que la ciudadanía chilena ha cambiado, “está empoderada”, cuestiona y exige más. Si bien este “empoderamiento” ha sido en gran medida impulsado por las mismas políticas de salud del Estado en búsqueda de lograr que el ciudadano se “haga cargo de su propia salud”, esto ha generado una serie de tensiones con los expertos del ámbito de la salud que históricamente han tenido el rol del “cuidado de los otros”. En esta investigación se analizan las tres principales tensiones que se expresan en las controversias sobre vacunas:

a) La obligatoriedad de la vacunación y el derecho a decidir. Una de las principales tensiones es la que se da en torno a la obligatoriedad de la vacunación exigida por ley y el derecho a decidir que reclaman las madres y padres desde lo que entienden como su responsabilidad de “hacerse cargo de su salud y la de sus hijos”. Las políticas neoliberales en Chile levantaron el principio de la “libertad de elegir” como un valor fundamental, pero en un marco de elección de mercado, sin embargo, la libertad de elegir que reclaman los padres excede ese enfoque economicista, utilizando ese mismo argumento para decidir sobre otros aspectos como en este caso, la elección de vacunar o no a sus hijos. Esto genera tensión con los profesionales de la salud, especialmente con quienes deben velar por el cumplimiento de las políticas de inmunizaciones. Esta situación lleva a los padres a desplegar estrategias de no vacunación en las que ponen en juego no solo su capital económico, sino cultural y social.

b) El malestar con la medicina y el rol de los expertos. Las vacunas representan muchos de los aspectos que los padres críticos con esta medida rechazan de la “medicina tradicional-convencional”, como la relación con la industria farmacéutica, la sobremedicación, el uso de componentes “artificiales” o la imposición de una medida “verticalista” que va en contra de lo que consideran como su responsabilidad de padres, es decir, de decidir sobre la salud de sus hijos. Por otra parte, cuando estos padres

reivindican su responsabilidad por la salud de sus hijos lo hacen contraponiéndose a un “otro”, ya sea al Estado (como en el caso de la obligatoriedad de la vacunación) o a los médicos (cuando se trata del cuidado de la salud en general). Es decir, la salud es planteada en términos de disputa con esos “otros” por determinar quién tiene finalmente el poder de decidir sobre la propia salud.

Por su parte, los profesionales de la salud reconocen una tensión con esta nueva figura del paciente “empoderado”, incluso asumiéndolo a veces como un fenómeno que los lleva a repensar su propio rol profesional.

c) Dimensión Comunicacional: decisiones informadas y modelo del déficit. Las madres y padres describen la decisión de vacunar o no a sus hijos como el resultado de un largo proceso, en el que la búsqueda de información juega un rol fundamental. Las estrategias que utilizan para informarse dependen de una serie de factores como la confianza en las fuentes, la necesidad de reducir la incertidumbre o los marcos de referencia desde los que entienden tanto su responsabilidad como padres como la relación con los profesionales de la salud. En el caso de las vacunas, esto se manifiesta en una desconfianza con las campañas comunicacionales y los sitios oficiales, mientras que se resalta la búsqueda de testimonios de otros padres con quienes se sienten identificados.

En tanto, desde la perspectiva de los expertos, el mayor acceso a información sobre salud que tienen los ciudadanos en la actualidad, especialmente a través de internet, es señalado como un factor que ha transformado las relaciones médico-pacientes. Dependiendo de la forma en que los profesionales de la salud entienden su rol, pueden valorar positiva o negativamente este factor. En gran medida, los expertos explican la controversia sobre vacunas a partir del enfoque del “déficit cognitivo” y centrando las soluciones en el aspecto “comunicacional-educativo”. De acuerdo a esta perspectiva, las estrategias comunicacionales que plantean los expertos responden a una mirada “verticalista” que busca difundir un conocimiento de “arriba a abajo” o del “experto al lego”.

Finalmente, es posible señalar que en torno a las controversias sobre vacunas se están desplegando discusiones más complejas que muestran que una parte de la sociedad chilena está cuestionando un tipo de medicina, así como a los expertos que la representan y a sus recomendaciones.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema y objetivos

“OMS asegura que grupos ‘anti-vacunas’ en Chile son ‘un atentado a la salud pública mundial’” (El Mostrador, 2016).

De esta forma titulaba un diario chileno un artículo en el que el representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Chile, Roberto del Águila, alertaba sobre las consecuencias que estaba teniendo la oposición a la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Más allá de la hipérbole periodística, el artículo da cuenta de la preocupación que existe en Chile por el alcance que están teniendo las controversias sobre vacunas, donde en los últimos años han aumentado las formas, la intensidad y la visibilidad del rechazo a la vacunación. Entre los debates que han surgido en el último tiempo cabe destacar los generados en torno a la vacuna de la gripe pandémica H1N1 a fines de 2009, la polémica por la ley del timerosal que buscaba prohibir este preservante en las vacunas por una posible vinculación con el autismo o la más reciente oposición a la vacuna VPH, en 2016, con padres y madres que interpusieron recursos de protección a lo largo del país para no vacunar a sus hijas.

Este rechazo a una medida considerada como emblemática de la salud pública fue lo que despertó mi interés inicial por abordar esta investigación. Sin embargo, después de las primeras revisiones bibliográficas que trataban el tema y de realizar un seguimiento de las controversias chilenas y de otros lugares como España y EEUU¹, surgieron nuevos cuestionamientos que me llevaron a centrar la mirada no solo en los padres “antivacunas”, sino también en el discurso que los expertos en Salud tenían sobre las vacunas y sobre quienes las rechazaban.

¹ Solo por mencionar algunos de los casos de mayor repercusión pública fuera de Chile que surgieron durante el período de investigación, cabe destacar el brote de sarampión en EEUU que se inició en Disneylandia a principios de 2015, que reabrió el debate sobre las excepciones que cada Estado tiene respecto a la ley obligatoria de vacunación que rige en EEUU. En tanto, en España hubo casos de cierta repercusión mediática como la decisión de un juez de obligar a vacunar a los niños de un colegio del Albaicín en Granada, en 2010, o el caso de la muerte de un niño por difteria en Olot, en 2015, cuyos padres habían rechazado la vacunación. Estos casos reabrieron en su momento el debate sobre la conveniencia o no de imponer la vacunación obligatoria por ley en España.

En el ámbito de la salud pública² los expertos consideran a la vacunación como una de las medidas más exitosas en el combate de las enfermedades infecciosas. Las vacunas son un símbolo del avance de la medicina moderna y de esa promesa esperanzadora de que los progresos de la ciencia serán la respuesta a los grandes problemas de salud de la humanidad. Otras representaciones las vinculan con la ayuda humanitaria y con los médicos, generalmente de países desarrollados, que arriesgan su vida en zonas de conflicto para llevar vacunas a niños pobres de los lugares más recónditos. En general, la historia de la vacunación es presentada como el resultado exitoso de un desarrollo progresivo y lineal que nace con el descubrimiento de la vacuna contra viruela por parte de Edward Jenner en 1796 y que tras casi 200 años de avances ininterrumpidos, tiene su punto álgido en la erradicación de la viruela, declarada por la OMS en 1980 (Astasio y Ortega, 2010; OMS, UNICEF, y Banco Mundial, 2010).

Este discurso del “triunfo de las vacunas” que atraviesa gran parte de las políticas de salud y específicamente de las inmunizaciones, sitúa a las vacunaciones como un tema que pertenece al dominio científico-técnico, dejando al margen los aspectos sociales, políticos o culturales. Este discurso se basa en una visión esencialista y triunfalista de la ciencia que impregna a gran parte de la medicina y la salud pública y que es heredera del Positivismo Lógico y de la sociología de la ciencia de corte estructural-funcionalista. De esta forma, habría ciertas características que serían propias e inmanentes de la ciencia como la racionalidad, la universalidad y la objetividad y, tal como señala Fassin (2008), no es que los otros aspectos, como el cultural, estén del todo ausentes, sino que siempre son puestos del lado de los pacientes-usuarios, como factores que ayudan u obstaculizan las intervenciones. Así, la salud pública *“instituye con su público una relación de alteridad. Ella del lado de los saberes, los otros del lado de las creencias”* (Fassin, 2008, p. 24).

De esta forma, este discurso, que en esta investigación denominaremos *“triunfalista”*, opera colocando por oposición a quienes rechazan la vacunación en el lugar de la ignorancia, las creencias, las modas o en el mejor de los casos “como “víctimas” de la

² Salud Pública es un término polisémico que suscita confusiones, ya que es definida y utilizada con distintos significados y énfasis. Como señalan Fassin (2008) y Petersen y Lupton (1996) puede utilizarse, por ejemplo, para identificar las políticas públicas y la gestión orientada a la salud colectiva, también como especialidad dentro de los estudios de medicina, para designar cierto tipo de enfermedades o incluso como contraposición a “Salud Privada”. En esta investigación nos interesa el énfasis puesto en el conjunto de políticas públicas y sus intervenciones orientadas a la salud a nivel poblacional.

información errónea que difunden los “grupos antivacunas”, invalidando con estas clasificaciones sus posiciones y excluyéndolos de una discusión que quedaría reservada para ese saber institucionalizado que es “la ciencia”. Esto también tiene consecuencias para el ámbito profesional y de la investigación en comunicación, ya que atribuir el problema del rechazo a la vacunación a la ignorancia o la falta de información también lleva a centrar las soluciones en superar lo que se conoce como “déficit cognitivo” y achicar esa brecha de conocimiento a través de campañas comunicacionales y educativas. Así, desde esta perspectiva se le atribuye al comunicador un rol “divulgador” del conocimiento científico que va de “arriba hacia abajo” o del “experto al lego”, delimitando quiénes son los actores legítimos para emitir, transmitir y recibir la información. Y aunque este tipo de perspectivas verticalistas puedan pensarse como superadas, gran parte de los estudios de salud pública, ciertas perspectivas de las ciencias sociales y comunicación que han abordado el problema del rechazo a la vacunación o de los llamados “grupos antivacunas”, parten asumiendo muchos de los supuestos de este “discurso triunfalista”. Sin ánimos de exhaustividad, en esta línea se pueden citar los trabajos de Wolfe et. al (2002), Gómez y Zamanillo (2005), A. Katta (2010), S. Bean (2011), A. Chatterjee (2013) o Cuesta y Gaspar (2014), quienes desde distintas disciplinas realizan estudios sobre las posturas antivacunación sin cuestionar este discurso y centrando el problema en el eje conocimiento-ignorancia.

Uno de los principales problemas de este tipo de enfoques es que no permite comprender las distintas perspectivas de la controversia. Por una parte, asume al experto como una fuente “objetiva” y no como un sujeto con una posición social particular que deba ser investigada. Y por otra, no da cuenta de la complejidad del punto de vista de los padres y madres que rechazan las vacunas, quienes lejos de ser figuras pasivas o “víctimas” de información errónea, desarrollan activamente diversas estrategias y prácticas políticas, sociales o comunicacionales para tomar decisiones y defender sus posturas. La complejidad del punto de vista de estos padres y madres que rechazan la vacunación ha sido abordada a partir de estudios cualitativos por líneas críticas de trabajo, principalmente en el ámbito de la academia anglosajona, las que han sido un referente para esta investigación. Entre los trabajos que cabe destacar se encuentran las investigaciones etnográficas sobre la controversia de la vacuna triple-vírica en Reino Unido de M. Leach (2005), Poltorak et al. (2005) y M. Leach y J. Fairhead (2007); las investigaciones P. Hobson-West (2003, 2007), quien enmarca los debates de vacunas en

discusiones sociológicas más amplias sobre los conceptos de “riesgo” y “confianza” en salud; y otros trabajos que han buscado contextualizar la “toma de decisión sobre vacunación” como parte de procesos sociales más generales como los de M. Cunha y J-Y. Durand (2013), J. Reich (2014) y S. Blume (2006). Siguiendo estas líneas de trabajo, uno de los primeros puntos de partida de esta investigación ha sido alejarse del “discurso triunfalista”, desnaturalizándolo, y tratando de comprender los puntos de vista contrapuestos que se expresan en las controversias, tanto de los expertos como de los padres y madres que son críticos con la vacunación. En el ámbito de la comunicación, esto también tiene sus consecuencias, ya que me ha llevado a centrarme no tanto en los “productos comunicacionales” dando por sentada su influencia, sino en la perspectiva de los actores y cómo despliegan sus estrategias y prácticas comunicacionales.

En este sentido, considero que la controversia es un espacio privilegiado para el análisis, ya que las posiciones contrapuestas hacen más visibles los conflictos que dan cuenta de la dimensión política y sociocultural que tienen las inmunizaciones³ desde sus inicios en el siglo XVIII. Una etapa en que los Estados comenzaron a entender la salud de la población en su conjunto como objeto del poder político, aquello que Foucault llamó biopolítica, y por lo tanto, merecedora de la intervención gubernamental. Las controversias han acompañado la historia de las vacunas y estas no pueden entenderse sin analizar las formas de esta intervención gubernamental en cada etapa y su relación con otras políticas de salud, teorías médicas dominantes o incluso nociones más generales sobre la libertad individual y los límites del Estado. Así, es necesario entender las vinculaciones que se han ido estableciendo entre una medida específica como la vacunación y sus marcos más amplios de referencia.

De esta forma, considero que el sentido que tiene la vacunación para los actores de la controversia no puede entenderse aisladamente, sin tomar en cuenta el marco sociopolítico en el cual está inserta esta medida. En las últimas décadas y especialmente en Chile, este marco general ha estado profundamente atravesado por las políticas neoliberales que han afectado no solo al ámbito económico, sino a todas las esferas de la vida social y al ámbito de la salud en particular. Algunos autores como Laval y Dardot (2013) señalan que la efectividad de estos cambios se debe a que el neoliberalismo es ante todo una racionalidad que afecta tanto la acción de los gobernantes como la de los

³ Se utiliza el término inmunizaciones para abarcar también la variolización, una técnica antecesora a la vacunación que ingresa en Europa en la década de 1720.

sujetos a quienes se gobierna, y no solo a partir de “destruir reglas”, sino de crear nuevos tipos de relaciones y subjetividades. Por lo tanto, su penetración no solo se explica por las grandes transformaciones económicas, sino por la forma en que estos aspectos entran en juego en las conductas cotidianas de las personas.

Siguiendo a M. Foucault (2008, 2009), utilizaré el concepto de “gubernamentalidad neoliberal” para dar cuenta de la forma de gobierno distintiva de esta racionalidad, que se rige por dinámicas competitivas no solo para el mercado sino para todos los ámbitos de la vida y que tiene a la empresa como modelo de funcionamiento (C. Laval y Dardot, 2013). Ante la retirada del modelo de un Estado protector, se pasó a responsabilizar a los individuos de todos los aspectos de su trayectoria vital, por lo que el “autogobierno” se convirtió en un mecanismo fundamental de esta gubernamentalidad. Para esta investigación ha sido especialmente relevante la noción de “empresario de sí” que utiliza Foucault para dar cuenta de cómo en la concepción neoliberal cada sujeto debe autogestionarse invirtiendo permanentemente en sí mismo y por extensión, en sus hijos, para maximizar su “capital humano”. Así, aspectos como la educación, el tiempo dedicado a la crianza, la alimentación o la salud pasan a pensarse como inversiones que a la larga producirán este “capital humano”, lo que lleva a las personas a tener que tomar permanentemente las decisiones correctas a partir de la información que posean, evaluando los riesgos y asumiendo los costes de sus decisiones. En el ámbito de la salud esto se ha traducido en una responsabilización individual y en formas específicas de practicar el autocuidado. Ante esto surgen las preguntas sobre cómo estas maneras de entender la salud, la responsabilidad o el autocuidado influyen en la discusión que nos ocupa sobre las vacunas.

En este contexto de gubernamentalidad neoliberal y de las prácticas que a partir de ella establecen los sujetos con el cuidado de sí mismos y de los otros, se enmarca el objetivo general de esta investigación, que es comprender el sentido que tienen las vacunas tanto para los expertos del ámbito de la salud como para las madres y padres críticos con la vacunación. Para esto, la investigación se centra en analizar las tensiones sociopolíticas y comunicacionales desplegadas en las controversias actuales sobre las vacunas en Chile. A partir de este objetivo general, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una revisión histórica de las principales controversias sobre vacunación, para dar cuenta de la dimensión política y sociocultural que desde sus inicios tiene esta medida de salud pública.
- Describir las principales políticas de salud que han influido en el ámbito de las inmunizaciones a nivel internacional.
- Describir las principales políticas de inmunizaciones en Chile y el impacto de las reformas neoliberales de 1973
- Analizar los diversos discursos, estrategias y prácticas que despliegan los padres críticos con la vacunación para oponerse a las políticas de inmunización del Estado.
- Analizar los discursos, estrategias y prácticas de los expertos del ámbito de la salud ante los cuestionamientos de la vacunas
- Indagar en las dimensiones políticas y médicas presentes en las controversias sobre vacunas.
- Analizar las estrategias comunicacionales que despliegan tanto los expertos como los padres para informarse y posicionar sus puntos de vista.

Para realizar las entrevistas se eligió la Región Metropolitana de Chile, que comprende además de su capital, Santiago, otras zonas semirrurales. El período de análisis abarca desde 2009 a 2015, durante el cual se sucedieron una serie de controversias sobre vacunas en Chile, entre las que destacan: los cuestionamientos a la vacuna de la gripe A (H1N1) en 2009-2010, el debate parlamentario sobre la ley que buscaba quitar el timerosal de las vacunas entre 2010 y 2014 y las primeras discusiones sobre la vacuna del papiloma humano a partir de 2014, año en que fue incorporada al calendario oficial de vacunación. Esta última controversia es la que ha cobrado mayor relevancia en la actualidad y aunque el punto más álgido queda fuera del período de esta investigación, este nuevo debate deja de manifiesto que hay una continuidad en estas discusiones sobre vacunas que exceden los cuestionamientos puntuales a una vacuna o a un componente determinado.

Organización del trabajo

La investigación está organizada en dos partes, que a su vez se encuentran subdivididas en capítulos y secciones. En la primera parte, de carácter historiográfico, se ha buscado un distanciamiento del “discurso triunfalista” de las vacunas, dando cuenta de la dimensión política, social y cultural que han tenido los conflictos relacionados con esta medida a lo largo de su historia. No se trata solo de dar antecedentes históricos o contextuales del debate actual, sino que esta revisión es parte fundamental del análisis, ya que permite “desnaturalizar” el objeto de estudio y los discursos predominantes, mostrando cómo muchos de los supuestos que hoy damos por sentado han sido parte de cambios históricos que no han estado exentos de conflictos y disputas. Con esta revisión claramente puede verse que los conflictos sobre vacunas no pertenecen solo al campo científico-técnico, sino que están vinculados a procesos políticos, modelos de Estado, políticas de salud internacional y nacional, así como a los aspectos más concretos de su aplicación. A partir de este análisis podemos entender que las formas de comprender la salud y la enfermedad tanto por parte de los “legos” como de los propios expertos han sido centrales para la aceptación o rechazo de las vacunas en distintas etapas históricas.

Esta revisión histórica y más global ha abordado no solo las etapas y casos más estudiados, sino que otros menos trabajados o casi ausentes en la literatura sobre el tema, permitiendo establecer comparaciones y dando pistas relevantes sobre los conflictos presentes. Así, por ejemplo, es habitual encontrar trabajos sobre los conflictos respecto a vacunas de finales del siglo XIX (Fitchett y Heymann, 2011; Poland y Jacobson, 2013), especialmente sobre las ligas antivacunación inglesas, pero el tema del rechazo a la vacunación casi no se aborda en períodos posteriores o solo como casos puntales. De esta forma, en el capítulo 1, *“Los conflictos y las resistencias como parte de la historia de las vacunas”*, también se tratan las controversias sobre la obligatoriedad de la vacuna en Inglaterra a fines del siglo XIX y la acción de las ligas antivacunación inglesas, pero estableciendo una comparación con otros casos, como los ocurridos en Brasil o Chile, para mostrar cómo el mismo tipo de conflicto se ha resuelto de manera diferente según los contextos políticos y sociales de cada país. Y en el capítulo 2, *“Estado de Bienestar: ampliación de derechos sociales y la ‘etapa dorada’ de la vacunación”*, se analizan los factores que influyen en la expansión de las vacunaciones y el carácter propio de las controversias en esta etapa. En el capítulo 3, *“La racionalidad neoliberal: salud global y nuevas resistencias a la vacunación”*, se

muestran algunos de los cambios en el ámbito de la salud y del mercado global de las vacunas a partir del giro hacia el neoliberalismo, y el surgimiento de un tipo particular de controversias. El análisis que se realiza en este capítulo se aleja de las interpretaciones que habitualmente se hacen sobre los conflictos actuales sobre vacunas, los que generalmente se centran en destacar como “causa” hechos puntuales, como por ejemplo el estudio fraudulento de Andrew Wakefield que relacionó la vacuna triple-vírica con el autismo (Tafari, Martinelli, Prato, y Germinario, 2011; Véliz, Campos, y Vega, 2016) y no dan cuenta de vinculaciones más globales. Este alejamiento ha permitido abordar facetas casi no trabajadas hasta el momento como, por ejemplo, el surgimiento de grupos de padres críticos con la vacunación a nivel internacional en las décadas de 1970 y 1980, que tomaron el “derecho a decidir” como bandera reivindicativa.

Además, este análisis historiográfico ha permitido desplegar la complejidad sociopolítica que implica una medida de salud pública como la vacunación, especialmente en la actualidad donde las políticas globales de salud tienen una incidencia directa en las políticas de inmunización locales. Una medida en la que se cruzan las “*tecnologías globales y los mundos personales*” de los que hablan M. Leach y J. Fairhead (2007). Así, en la actualidad, la producción y desarrollo de vacunas está fuertemente influida por un mercado global y organismos internacionales, y a la vez por las políticas que cada país debe implementar, lo que se cruza con las decisiones familiares enmarcadas en las formas que estas entiende la salud y la enfermedad, la crianza y la responsabilidad. El análisis de esta complejidad ha sido fundamental para poder identificar los elementos que son centrales en el debate que actualmente se desarrolla en Chile.

La segunda parte de esta investigación está centrada en el caso de Chile. Se analizan específicamente las tensiones que la instauración de la gubernamentalidad neoliberal ha generado en el ámbito de la salud y cómo se expresan en las controversias sobre vacunas. Para dar cuenta de estas tensiones y para entender el contexto de aplicación de las políticas de inmunización, en el capítulo 4, “*Reformas neoliberales en el ámbito de la salud en Chile*”, se describen las principales reformas neoliberales llevadas a cabo a partir del golpe de Estado de 1973 y el impacto que han tenido en ámbito de la salud hasta el presente.

En el capítulo 5, *“Las tensiones de la gubernamentalidad neoliberal y las controversias sobre vacunas en la Región Metropolitana”*, se describen las controversias más relevantes en Chile desde 2009, año en que comienzan a tener más visibilidad estos cuestionamientos y especialmente el debate sobre la ley del timerosal que se dio durante el período de las entrevistas y tuvo una amplia difusión mediática. Posteriormente, se analiza la forma en que las visiones contrapuestas de los expertos y de los padres críticos con la vacunación evidencian ciertas tensiones de la gubernamentalidad neoliberal. Si bien son múltiples los temas y tensiones que se despliegan en este tipo de debates, para el análisis hemos elegido tres relevantes: en primer lugar, la discusión sobre la obligatoriedad de las vacunas establecidas por ley que, como veremos, es puesta en cuestión por los padres críticos con las vacunas según sus propias formas de entender el cuidado de la salud de sus hijos y respondiendo a lo que entienden como su responsabilidad paterna de “hacerse cargo de su salud”. Una situación que los pone en tensión con los expertos que deben velar por el cumplimiento de las políticas de inmunización y de salud en general, las que a su vez han fomentado en parte que los individuos se responsabilicen de su propia salud. En segundo lugar, la tensión que se da entre la figura del “ciudadano empoderado” que se “hace cargo de su salud” y toma decisiones como la de no vacunar a sus hijos, y los expertos de la salud que se ven interpelados y que deben repensar su propio rol en este nuevo escenario. Por último, hemos analizado cómo estas nuevas formas de entender la responsabilidad de cada actor, los lleva también a desarrollar sus propias estrategias y prácticas comunicacionales que nuevamente entran en tensión y son parte de la reconfiguración de las relaciones médico-pacientes.

Lineamientos teóricos y principales conceptos

La dimensión comunicacional de la controversia ha sido uno de los principales puntos de interés para el análisis, tanto por mi formación académica en el ámbito de las Comunicaciones como por el programa de Doctorado en Comunicación Social en el que se inscribe esta tesis. Sin embargo, la complejidad del tema y el objetivo de centrarse no en “productos comunicacionales” sino en el punto de vista de los actores y sus estrategias de comunicación, me ha llevado a la búsqueda de herramientas conceptuales

y metodológicas de distintas disciplinas que me permitieran analizar las posiciones, los contextos y las condiciones sociales en que se producen las controversias. Así, un desafío transversal a esta investigación fue la necesidad de inscribirse en el plano de la interdisciplinariedad para abordar la complejidad del objeto de estudio y a la vez, enriquecer la perspectiva analítica de los Estudios de Comunicación para abordar temas similares.

La complejidad de este trabajo, centrado tanto en el punto de vista de los padres como el de los expertos, desde un inicio planteó una serie de desafíos teórico-metodológicos que solo se fueron resolviendo a medida que fue avanzando la investigación. En este sentido, un punto de referencia han sido las reflexiones sobre el proceso de investigación de Bourdieu y Wacquant (2008), especialmente sobre esa permanente retroalimentación entre teoría y práctica, lo que además se adecuaba a la flexibilidad de la perspectiva cualitativa con que se ha abordado esta investigación. Así, este trabajo no planteó desde un comienzo la construcción de un marco teórico “cerrado” para posteriormente aplicarse al trabajo de campo, sino que la teoría fue desarrollada en función de los desafíos que surgían del trabajo empírico y a su vez, este fue retroalimentando en sus distintas fases la reflexión teórica, buscando o descartando las perspectivas y conceptos más útiles para la investigación.

Uno de los primeros desafíos de la investigación fue la desnaturalización y problematización de ese “discurso triunfalista” que impregna gran parte de los estudios sobre “antivacunación” y que coloca las controversias del tema en el eje ciencia/creencia o en su versión de conocimiento/ignorancia. Este discurso que es heredero del positivismo lógico y de la sociología de la ciencia de corte estructural-funcionalista tiene todavía importantes influencias en el ámbito de las políticas públicas de salud y en el ámbito de la comunicación científica e institucional, aspectos que pudieron rastrearse a lo largo de la investigación. Si bien son numerosas las corrientes que a partir de las décadas de 1960-1970 han problematizado al conocimiento experto, especialmente bajo la influencia del trabajo de Thomas Kuhn, para esta investigación ha sido clave la influencia de dos perspectivas para repensar la relación entre los expertos y los padres que son críticos con la vacunación: los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) y los estudios sociales del riesgo.

Los estudios CTS son un área de investigación amplia y no estrictamente delimitada ni teórica ni metodológicamente, y que en general se caracterizan por poner el acento en los aspectos sociales, políticos y culturales de la ciencia y la tecnología. Los trabajos de revisión histórica que se inscriben en esta perspectiva (Bijker, Hugues, y Pinch, 2012) han sido una influencia clave para replantear la discusión sobre las vacunas e indagar su dimensión sociopolítica a lo largo de la historia. En el ámbito específico de las comunicaciones, ha sido particularmente útil la perspectiva de los estudios CTS que críticamente han analizado la comunicación entre expertos y ciudadanía, cuestionando muchos de los supuestos que hasta hoy predominan en la comunicación científica e institucional. En esta línea de trabajo se inscriben muchos de los análisis sobre los orígenes y consecuencias para la comunicación de los modelos de comprensión pública de la ciencia, dentro de los que se pueden citar a autores como B. Wynne (1991, 1995, 1996, 2001), C. Cortassa (2009, 2010) y M. Alcívar (2007, 2015).

A la vez, los estudios sociales del riesgo inspirados en los trabajos de U. Beck (2006), A. Giddens (1990), M. Douglas y A. Wildavsky (1982) y B. Wynne (1991) han sido fundamentales para la problematización de las fronteras entre el conocimiento experto y los llamados “legos”. Además, ambas perspectivas abordan una dimensión que ha sido central en esta investigación: la desconfianza de los ciudadanos en las posibles consecuencias negativas de los avances de la ciencia y la tecnología, así como otras dimensiones que se ponen en juego en las relaciones entre expertos y la ciudadanía, más allá del eje conocimiento/ignorancia, como la confianza, la incertidumbre o el rol de los expertos en las sociedades complejas.

Otro desafío importante se presentó a raíz del resultado de la primera parte de esta investigación, que desde una perspectiva histórica abordó las dimensiones sociopolíticas de la vacunación, y es que se puso de relieve que el surgimiento de nuevas formas de rechazo a la vacunación debe entenderse en el contexto neoliberal. De esta forma, fue necesario buscar lineamientos teóricos y conceptos que permitieran abordar los nuevos tipos de controversias en un marco explicativo más general, el del neoliberalismo, pero a la vez que entregara herramientas conceptuales para indagar su vinculación con las prácticas, discursos y estrategias de los actores a un nivel más “micro”. Para abordar esta vinculación se adoptó el concepto de “gubernamentalidad” de M. Foucault (2008, 2009), especialmente en su aplicación al contexto neoliberal, ya que pone el acento no solo en las instituciones sino en las prácticas de gobierno y en la forma en que las

personas pueden encarnarlas en parte, resignificarlas, subvertirlas o rechazarlas. Siguiendo a autores que se inscriben en esta línea foucaultiana como la C. Gordon, F. Ewald (1996), N. Rose (1999) o Laval y Dardot (2013) se han abordado las nuevas redes de significación, de relaciones y subjetividades en este contexto neoliberal, lo que en el ámbito de la salud ha propiciado nuevas formas de entender el “cuidado de sí”. También dentro de esta línea de la gubernamentalidad, pero para abordar más específicamente los efectos de las políticas públicas de salud y de inmunizaciones en particular, esta investigación se ha apoyado en la perspectiva antropológica de las políticas públicas de C. Shore y S. Wright (1997), así como en el análisis de la “Nueva Salud Pública” de A. Petersen y D. Lupton (1996).

A continuación profundizaremos en algunos de estos lineamientos teórico-metodológicos y describiremos los principales conceptos utilizados, teniendo en cuenta que para esta investigación lo principal ha sido la “puesta en uso” de esos conceptos a la manera de “caja de herramientas”, como bien señalan Bourdieu y Wacquant (2008).

La visión triunfalista de la ciencia y el modelo del déficit cognitivo

Tal como mencionamos anteriormente, gran parte de las investigaciones sobre el rechazo a la vacunación (Chatterjee, 2013; Katta, 2010) descansan sobre una concepción esencialista y triunfalista de la ciencia que es heredera, en gran medida, del Positivismo Lógico y en el ámbito de las ciencias sociales de la sociología de la ciencia de corte estructural-funcionalista, cuyo principal representante es Robert Merton. Estas concepciones encontraron un terreno fértil para su desarrollo con el optimismo tecnocientífico que reinó inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, ya que en el contexto de las tensiones que se iniciaron por la Guerra Fría, el desarrollo de la ciencia y la tecnología pasó a jugar un rol fundamental para mostrar el poderío de las principales potencias (García Palacios et al., 2001).

El Positivismo Lógico, o también llamado neopositivismo, fue desarrollado en los años 1920 y 1930 por el denominado Círculo de Viena. Se trataba de un grupo de filósofos y científicos que buscaron establecer y delimitar lo que es ciencia y lo que no, actualizando así el intento que ya había hecho el fundador del positivismo, Augusto

Comte, a principios del siglo XIX (Alcíbar, 2007). Los positivistas lógicos buscaban establecer una ciencia unificada que reuniese todo el conocimiento positivo bajo un sistema lógico (Iranzo y Blanco, 1999) y proclamaban un lugar privilegiado para la ciencia como “*la única depositaria del conocimiento verdadero*” (Alcíbar, 2007, p. 33). El método científico, basado en la inducción y la verificación, sería el garante de que los científicos puedan generar un conocimiento universal, neutral y contrastable.

En tanto, desde las ciencias sociales, la sociología de la ciencia que desarrolló Robert Merton y sus discípulos también contribuyó a asentar esta visión de la ciencia. Los trabajos de Merton en este ámbito, que se inscriben en la corriente estructural-funcionalista de la sociología norteamericana, se centran en analizar la estructura institucional de la ciencia y los mecanismos de recompensas de los científicos estableciendo una especie de *ethos* de la ciencia que la diferenciaría de otros ámbitos de la sociedad y que estaría basado en cuatro imperativos institucionales: comunismo, universalismo, desinterés y escepticismo organizado, con normas que se derivan de ellos (Merton, 1973). Estos valores que se transmiten a través de la institución configuran una forma de “ser científico”, que los diferenciaría de otros grupos sociales. Así, la institución científica y sus integrantes tendrían cualidades inmanentes, que serían universales y no cambiarían a lo largo del tiempo, lo que termina derivando en una visión esencialista de la ciencia.

Estos valores serían los que garantizarían la autonomía e independencia de la institución científica y sus integrantes. Las investigaciones de Merton se focalizan en analizar si los científicos cumplen estos principios y si son recompensados por ello. De esta forma, esta perspectiva sociológica analiza las comunidades científicas, su organización y recompensas desde un punto de vista “externo”, es decir, los factores culturales y sociales podrían explicar algunas características del funcionamiento de la institución, pero no aspectos del contenido científico o sus métodos que quedarían para el exclusivo dominio y arbitrio de la comunidad científica (Merton, 1973). Por esto, tal como señala Pierre Bourdieu (2003), la sociología de la ciencia de Merton es una aproximación que acepta la definición dominante y logicista de la ciencia, pero que no explica cómo se regulan los conflictos científicos.

De esta forma, vemos que tanto el Positivismo Lógico como la sociología estructural-funcionalista mertoniana contribuyeron a consolidar la idea de una ciencia autónoma y

objetiva, depositaria del conocimiento “verdadero”. En este contexto se fue consolidando la visión de un modelo lineal de desarrollo que estableció una relación directa entre los avances tecnocientíficos, el bienestar social y el progreso indefinido. Para ello, se reclama una ciencia autónoma que debe desarrollarse sin la interferencia de aspectos sociales o políticos, pero que al necesitar financiamiento también requiere del apoyo y aceptación del público (García Palacios et al., 2001).

Hacia fines de la década de 1950, cuando los primeros accidentes científicos y nucleares despertaron cierta conciencia sobre los riesgos que podían traer consigo los avances tecnológicos y se comenzó a cuestionar la concepción lineal del desarrollo científico, también se empezó a poner el foco la opinión que tenía el público sobre la ciencia.

Los estudios sobre la percepción pública de la ciencia comenzaron a desarrollarse a fines de la década de 1950 en EEUU y Reino Unido y continúan hasta nuestros días⁴. En este tipo de investigaciones, la encuesta que Robert C. Davis realizó en 1957 para la *National Association of Science Writers* fue pionera en establecer las variables que posteriormente, ya en la década de 1970 y más sistemáticamente de 1980, se utilizarían en los estudios de percepción a gran escala (Cortassa, 2010; Wynne, 1995). En este estudio se constató que había un bajo nivel de interés y conocimiento científico en la población estudiada, y esto aparecía asociado con una escasa valoración de la ciencia. La herencia más relevante de este estudio es la fuerte asociación entre interés, conocimientos y actitudes, a los que posteriormente se les otorgó una relación causal. “*Esto es, que las actitudes de mayor o menor respaldo de los ciudadanos hacia la ciencia resultan el efecto que seguiría de la cantidad y calidad de conocimiento del que dispusieran*” (Cortassa, 2010, p. 50).

Muchos de los estudios que explican las diferencias entre expertos y ciudadanos parten de esta premisa, que es la que ha predominado hasta hoy en los estudios de percepción pública de la ciencia que están centrados en medir, explicar y corregir la brecha de conocimientos que habría entre estos grupos (Larrión, 2014). Para ello se han utilizado, principalmente, encuestas a gran escala, que a partir de 1988 se han coordinado para realizar estudios comparativos a nivel internacional. Los trabajos más relevantes en este sentido han sido los de Jon Miller en EEUU y John Durant en Reino Unido (Cortassa,

⁴ Solo como ejemplo pueden citarse las encuestas del Eurobarómetro de Ciencia y tecnología. Para más información: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

2010; Montañés, 2010; Wynne, 1995). Otro factor que ha influido fuertemente en el desarrollo de este tipo de investigaciones, centradas en medir los conocimientos, es que su financiamiento ha provenido de agencias nacionales públicas, incorporando así la preocupación de los financiadores por el déficit del público y la aceptación de la ciencia (Pardo Avellaneda, 2014).

Tal como señala Cortassa, la asociación entre conocimientos y actitudes tiene un lado tranquilizador y es funcional a los intereses de los formuladores de las políticas públicas. Si el problema se plantea en términos de déficit cognitivo, la solución apunta en una dirección clara: *“educar a los ciudadanos, elevando su nivel de formación científica, conduciría a mejorar su apreciación y a disminuir su apatía y reticencias”* (Cortassa, 2010, p. 52). Así, tanto los Estados como las instituciones científicas se han centrado en promover la llamada “alfabetización científica” a partir de la educación o de los medios de comunicación, que deben cumplir un rol mediador haciendo accesible la información científica pero sin “distorsionarla” (Pardo Avellaneda, 2014). En este esquema el rol de los comunicadores y periodistas sería divulgar el conocimiento de los expertos para que llegue de manera accesible y sencilla a la ciudadanía, evitando así la llamada “brecha cognitiva”. Por lo mismo, cuando existen conflictos entre los expertos y los ciudadanos se culpa principalmente a los medios de comunicación por generar distorsiones. Estos supuestos han tenido gran influencia en los esquemas verticalistas de los estudios de comunicación.

Los estudios de comunicación también estuvieron fuertemente influenciados por la corriente estructural-funcionalista. En 1948 Harold Lasswell presentaba su modelo basado en las preguntas “¿Quién dice qué, a quién y con qué efecto?” que serían de gran influencia, incluso hasta hoy, tanto en la enseñanza de periodismo como en la investigación en comunicación. A la vez, Shannon y Weaver proponían su teoría de la información para estudiar ámbitos como el de la telefonía pero que fue aplicado a la investigación de otras formas de comunicación mediada (Cortassa, 2010). Ambos modelos ponen el acento en los efectos de la comunicación y siguen un esquema lineal y unidireccional que va del emisor, quien transmite un mensaje de manera intencionada, a un receptor, quien sería considerado como un ente pasivo:



En este esquema unidireccional, que en gran parte se aplicó para el estudio de la comunicación política, se pone el acento en los efectos que tiene la comunicación en el receptor para poder persuadirlo o influir sobre sus opiniones.

En los actuales estudios de comunicación, en general, se considera como superada esta perspectiva estructural-funcionalista y se reconoce la limitación de entender la comunicación como un proceso unidireccional y verticalista. Sin embargo, tanto el discurso triunfalista de la ciencia como el modelo del déficit y las visiones verticalistas que entienden la comunicación como un proceso que va de “arriba-abajo”, todavía tienen gran influencia, especialmente en la comunicación científica, pero también en las campañas públicas de salud y otros tipos de comunicación institucional.

En nuestra opinión, la imagen social que construyen los medios de comunicación se deriva de la imagen tradicional tornada en ideología que las corrientes ligadas al realismo-positivismo han difundido durante décadas y, por tanto, condiciona profundamente los vínculos que la ciencia establece con los diferentes ámbitos de la actividad social (Alcíbar, 2007, p. 32).

Aunque esta perspectiva no sea explicitada, este tipo de influencia se puede ver en la mayoría de las investigaciones en comunicación científica que trata temas de Salud, donde los expertos son tomados como fuentes neutrales y objetivas, y no como sujetos con posiciones sociales que deban ser parte del análisis, tal como lo plantea S. Hilgartner:

los expertos son a menudo tratados más como fuentes de información objetiva sobre el riesgo, que como sujetos humanos cuyas valoraciones y percepciones del riesgo merezcan ser estudiadas por derecho propio. Los riesgos descritos por los expertos, la incertidumbre que documentan, las elecciones por ellos formuladas se convierten en aportaciones cruciales

para la labor práctica del diseño y evaluación de las campañas de comunicación (2009, p. 160).

Por lo tanto, el desafío planteado en esta investigación de alejarse de la *visión triunfalista* de la ciencia, así como del modelo del déficit cognitivo y de las perspectivas verticalistas, ha llevado a no centrarse en los “productos comunicacionales” dando por sentada su influencia, sino que se ha buscado explorar la perspectiva de los actores y comprender cómo despliegan sus estrategias y prácticas de comunicación.

También cabe destacar que la “toma de decisiones” en salud es parte de un proceso complejo, donde la información juega un rol importante pero no el único. Así, por ejemplo, en el ámbito de la comunicación de riesgos, Andy Alaszewski (2006) pone el acento en los contextos y los procesos más que en la comunicación puntual, que puede estar representada por campañas o productos comunicacionales, destacando que los individuos no responderían de una forma racional simplista ante la información. “*Así, la comunicación de riesgos es parte de un proceso general del manejo de la salud y la enfermedad y será formada por esos mismos procesos*”⁵ (Alaszewski, 2006, p. 171). Es por esto que se vuelve necesario explorar esos contextos y comprender los procesos en los que esta información es usada, resignificada o rechazada por los actores.

La dimensión sociopolítica y cultural del conocimiento experto: Estudios CTS y Estudios sociales del riesgo

Esta *visión triunfalista* de la ciencia ha experimentado numerosos cuestionamientos, que han afectado directamente a las premisas en la que se basa el modelo del déficit cognitivo. El desencanto con las promesas del modelo lineal de desarrollo y la conciencia de los riesgos tecnológicos y medioambientales abrieron algunos debates desde el punto de vista político y social, pero también desde el ámbito académico.

En el plano epistemológico tuvo gran impacto el trabajo de Tomas Kuhn que dio un giro sociohistórico de los estudios sobre la ciencia. Su concepción sobre la forma en que avanza el conocimiento científico, que no sería un continuo lineal y acumulativo, sino a

⁵ Traducción propia, en original: Thus, risk communication is part of the overall process of managing health and illness and will be shaped by the same processes.

partir de cambios convulsos a los que llama “revoluciones”, que se producirían cuando hay una acumulación de “anomalías” dentro de una tradición científica y se busca una nueva teoría que no solo supone nuevas explicaciones, sino también una nueva mirada del mundo incompatible con la anterior (Kuhn, 1981). De esta forma, las revoluciones transforman los “paradigmas”, es decir, los esquemas conceptuales y metodológicos, los sistemas de creencias aceptados y compartidos por un grupo de científicos. Así, en períodos de “ciencia normal” los científicos funcionarían con un mismo paradigma y las crisis se producirían cuando otros paradigmas rivales luchan por convertirse en hegemónicos. El trabajo de Kuhn abrió una grieta en la visión tradicional de la ciencia como un espacio objetivo y neutral que solo se vería afectada por aspectos externos, como sostenía Merton.

Influidos por esta concepción, hacia fines de la década de 1960 y en un contexto de movilización y crítica generalizada, surgen el Programa Fuerte dentro de la sociología del conocimiento científico y los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) que buscaron dar cuenta de la dimensión social de la ciencia y la tecnología. Los estudios CTS cuestionan el carácter autónomo de la ciencia y la entienden como:

un proceso o producto inherentemente social donde los elementos no epistémicos o técnicos (por ejemplo valores morales, convicciones religiosas, intereses profesionales, presiones económicas, etc.) desempeñan un papel decisivo en la génesis y consolidación de las ideas científicas y los artefactos tecnológicos (García Palacios et al., 2001, p. 126).

Estos estudios promueven una visión no esencialista y contextualizada de la ciencia y la tecnología, así como la necesidad de su regulación social y la apertura a una mayor participación y democratización en la toma de decisiones que afectan a las políticas públicas sobre el tema (García Palacios et al., 2001).

A estas perspectivas se sumaron otras corrientes que también han problematizado la relación entre el conocimiento experto y la ciudadanía, especialmente a partir de los estudios sociales sobre el riesgo. En este sentido el contexto político y social que se dio en la década de 1980 fue crucial. En el ámbito de la medicina, al punto álgido que significó la erradicación de la viruela como promesa para terminar con las enfermedades

infecciosas, le siguió el desencanto que trajo el SIDA, que puso en evidencia las limitaciones de la ciencia para la cura de nuevas enfermedades. Por otra parte, desastres medioambientales provocados por la industria como el de Bhopal en India, en 1984, o el accidente nuclear de Chernóbil, en 1986, generaron una mayor conciencia de los riesgos generados por la misma tecnociencia y dieron impulso a los movimientos ecologistas que cuestionaban el modelo lineal de desarrollo y presionaban por lograr un mayor control y participación de la ciudadanía.

En el plano académico el “riesgo” se convirtió en objeto de teorización y estudio con trabajos como los Ulrich Beck⁶, Anthony Giddens, Niklas Luhmann, Mary Douglas o Brian Wynne. Desde distintas perspectivas estos autores han abordado el problema del riesgo y su relevancia en las sociedades actuales, pero tal como señala Ramos Torre (1999) lejos del objetivo inicial para el que los expertos convocaron a las ciencias sociales y de la conducta, es decir, para buscar una explicación del comportamiento “irracional” y el recelo de los “no-expertos” a partir de sus supuestos sesgos psicológicos, sociales o culturales, las disciplinas que abordaron el riesgo social terminaron problematizando a los mismos expertos.

En efecto, los estudios del riesgo tecnológico han partido de la distinción experto/lego, pero lejos de absolutizarla, la han relativizado. Entre ambos mundos se reconoce ciertamente una frontera, pero se asegura que tiene un trazado sinuoso y, las más de las veces, poroso, difuso. Tal frontera opone la racionalidad, seguridad y objetividad científica del saber experto a la irracionalidad, inseguridad y subjetismo de los legos. Los resultados de la investigación relativizan o hacen más borrosa tal contraposición (Ramos Torre, 1999, p. 20).

En mayor o menor medida, estas perspectivas además de problematizar a los expertos buscan poner en valor el conocimiento generado por los “legos” y reclaman la necesidad de abrir la ciencia a la participación ciudadana para alcanzar una mayor legitimidad social. En este sentido, Wynne (1996) destaca que es necesario reconocer el estatus intelectual del conocimiento lego, no como igual o superior al experto, sino por la retroalimentación y la interdependencia que existe entre ambos. Así, el análisis de la

⁶ La repercusión de la noción de “sociedad del riesgo” desarrollada por Ulrich Beck (Beck, 2006) da cuenta de la centralidad que adquirió el concepto de riesgo a partir de la década de 1980. Para una revisión más completa ver Ramos Torre (1999).

percepción que el público tiene sobre la ciencia, los expertos y los desarrollos científicos debe plantearse de forma relacional, ya que no todo puede leerse como “falta de entendimiento”. Como ejemplo, Wynne (1995) señala que la ignorancia puede ser no solo un “vacío cognitivo” o tratarse de una actitud pasiva y desinteresada, sino una construcción activa relacionada con las dimensiones sociales de la ciencia, como la división de labores, la confianza o la dependencia propias de sociedades complejas y especializadas. Para ello, es necesario comprender la relevancia y el sentido que determinados tipos de conocimiento tienen para los ciudadanos en contextos reales y concretos, algo que las encuestas a gran escala inspiradas en el modelo del déficit cognitivo difícilmente pueden captar.

Estas perspectivas también han tenido repercusión en el ámbito de la comunicación, especialmente desde el punto de vista académico y también político, es decir, entre quienes toman decisiones a nivel de políticas públicas y piensan la comunicación como una herramienta para persuadir al público. Si bien el modelo del déficit cognitivo continúa vigente, ante su falta de eficacia se han buscado alternativas a su visión verticalista y su forma de entender al “público” como sujetos pasivos. Siguiendo a M. Alcívar (2015) destacaremos otros dos modelos que, al igual que el del déficit, no deben entenderse como esquemas que se dan en estado puro, sino como herramientas analíticas para reflexionar sobre el rol de la comunicación en los procesos relacionales de la ciencia y la ciudadanía.

El primero es el modelo de comprensión pública con la ciencia y la tecnología, o también llamado “dialógico”, que pasa de entender la comunicación como un flujo unidireccional a uno bidireccional, a manera de un diálogo que debe ser fomentado. Sin embargo, tal como señala Alcívar, el problema de este modelo es que además de seguir entendiendo a la ciencia y a la sociedad como entidades separadas, continúa centrándose en el público como problema. Por lo tanto, desde esta perspectiva el rol de la comunicación debe orientarse a favorecer esa relación dialógica pero para “cambiar al público” y lograr su comprensión-aceptación de la ciencia y la tecnología.

En segundo lugar, este autor destaca otro modelo que se inscribiría en una línea crítica respecto al modelo del déficit y sus supuestos de corte positivista que también alcanzan al enfoque dialógico. Se trata del modelo de comprensión crítica de la ciencia en público o también llamado de “deliberación”, que entiende a la ciencia como una

entidad social y no como algo autónomo e independiente. Este enfoque constructivista estaría en la línea de la propuesta de B. Wynne que, como mencionábamos, destaca la necesidad de entender el conocimiento científico como algo relacional y que es necesario comprender el sentido que tienen los conocimientos científicos y sus aplicaciones tecnológicas para las personas en sus contextos y su cotidianidad. Así, la comunicación debe ayudar a que las personas entiendan críticamente los contenidos científicos, por lo que también se valora su función informadora-educadora, pero también debe ayudar a que el público comprenda críticamente a la ciencia como institución social ({Citation}). Como vemos, en esta perspectiva no solo se problematiza al público, a quien no se entiende ni como pasivo ni como ignorante, sino también a los expertos, a quienes se los entiende como sujetos sociales.

La gubernamentalidad neoliberal en salud

La perspectiva de esta investigación se sitúa fuera de eje conocimiento-ignorancia propio del modelo del déficit cognitivo en el que habitualmente se instalan las discusiones entre expertos y no-expertos, para abordar otras dimensiones sociopolíticas y culturales que están en juego en las controversias sobre vacunas. Alejarse de la visión tradicional de la ciencia y sus premisas no es una tarea nada fácil en el ámbito de la medicina científica y la salud pública, ya que ambas disciplinas comparten el modelo lineal de desarrollo basado en su fe en la racionalidad científica (Petersen y Lupton, 1996) y están fuertemente arraigadas en una tradición empirista y biologicista en la que se entiende que el conocimiento biomédico reflejaría y describiría un orden natural, sin mediación de categorías culturales o sociales. Estos aspectos se tematizan solo del lado de los pacientes o los destinatarios de las intervenciones, pero no de la Medicina, que sería objetiva y universal, tal como lo explica Goodman:

En este paradigma, el conocimiento médico se forja a través de su descripción de la realidad biológica empírica. Las entidades de enfermedad residente en el cuerpo físico, tanto si resultan aparatosamente visibles, como las células cancerosas que se reproducen sin control, o evidentes de manera sutil a través de sus efectos, como en

los desordenados pensamientos y sentimientos de la esquizofrenia o la depresión severa, las enfermedades son biológicas, universales y, a la postre, trascienden los contextos sociales y culturales. Su distribución varía en función del contexto social y ecológico, convienen todos los científicos médicos pero el conocimiento médico no. Las teorías médicas reflejan los hechos de la naturaleza, y la validez y racionalidad del discurso médico depende de la integración causal-funcional de los sistemas biológicos (2003, pp. 33-34).

La salud pública⁷, que a diferencia de la medicina clínica no trabaja directamente con los pacientes sino que se ocupa de la salud a nivel poblacional, trabaja con principios similares. Tal como señala Fassin (2008), por una parte, los aspectos culturales también son tenidos en cuenta solo del lado de los usuarios, mientras la salud pública es puesta del lado de los “saberes”. Por otra, también actúa naturalizando sus objetos, que serían entendidos como hechos biológicos, naturales y objetivos, y para ello se apoya en las cifras y la bioestadística proveniente de la Epidemiología⁸. De esta forma, las políticas de salud pública son presentadas como hechos técnicos, respaldadas por la realidad objetiva que los números “demuestran”, dejando de lado todos los aspectos de orden político, social o cultural que entran en juego. Sin embargo, tal como señala Fassin: *“Los problemas sanitarios no son únicamente realidades biológicas que los especialistas traen a la luz, sino que son además hechos epidemiológicamente contruidos”* (2008, p. 19). No se trata aquí de negar que una enfermedad tenga una base biológica, sino de comprender que hay un proceso por el cual esa entidad biológica (y no otras) es clasificada y definida como enfermedad, como problema o como hecho epidemiológico. Y este aspecto es el que suele ser obviado una vez que una enfermedad ha sido instalada como un problema epidemiológico.

⁷ Salud Pública es un término polisémico que suscita confusiones, ya que es definida y utilizada con distintos énfasis. Como señalan Fassin (2008) y Petersen y Lupton (1996) puede utilizarse, por ejemplo, para identificar las políticas públicas y la gestión orientada a la salud colectiva, como especialidad dentro de los estudios de medicina, para designar cierto tipo de enfermedades o incluso como contraposición a “Salud Privada”. En esta investigación nos interesa el énfasis puesto en el conjunto de políticas públicas y sus intervenciones orientadas a la salud de la población.

⁸ La epidemiología es una disciplina que estudia las enfermedades a nivel poblacional. La OMS la define como “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud” (OMS, s. f.).

En esta investigación se entiende que las inmunizaciones, como parte de las políticas de salud pública, conllevan profundas dimensiones culturales, sociales y políticas desde sus inicios en el siglo XVIII, cuando los Estados comenzaron a entender la salud de la población en su conjunto como objeto del poder político, lo que ha sido denominado por Foucault como “biopolítica”.

¿En qué consistirá al contrario el dispositivo que se instaura con la variolización y vacunación? Ya no en distinguir entre enfermos y no enfermos, sino en tomar en cuenta al conjunto sin discontinuidad, sin ruptura, de unos y otros –la población, en suma” (Foucault, 2008, p. 71).

El análisis de la vacunación le permite a Foucault ejemplificar la centralidad que adquirió la población para el arte del gobierno, al ser considerada como fundamental para la fortaleza y riqueza del Estado. Así, la población pasa a ser un objeto central de intervención a través de una nueva racionalidad gubernamental, que no actúa ya tan directamente sobre los individuos como era propio de las estrategias disciplinares previas, sino sobre las condiciones generales que influyen en el desarrollo de la vida de los sujetos. En este sentido, la salud es un campo privilegiado de esa intervención política.

Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder. Éste ya no tiene que vérselas sólo con sujetos de derecho, sobre los cuales el último poder del poder es la muerte, sino con seres vivos, y el dominio que pueda ejercer sobre ellos deberá colocarse en el nivel de la vida misma; haber tomado a su cargo a la vida, más que la amenaza de asesinato, dio al poder su acceso al cuerpo. Si se puede denominar “biohistoria” a las presiones mediante las cuales los movimientos de vida y los procesos de la historia interfieren mutuamente, habría que hablar de “biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana (Foucault, 2012, p. 135).

En la actualidad, la relevancia de la población como objeto del poder político continúa siendo central, pero ha tomado otras formas, especialmente desde mediados de 1970 con el giro hacia el modelo neoliberal. En la gubernamentalidad el poder político y por lo tanto, el “arte de gobierno”, no se “ejerce” desde un centro, ya sea el Estado o un sujeto que encarna el gobierno, sino que estamos frente una serie más difusa de dispositivos, instituciones o prácticas que en conjunto generan ciertos efectos y produce nuevas subjetividades. Laval y Dardot destacan justamente este “lado productivo” para entender el alcance y la penetración del neoliberalismo en todas las dimensiones de la vida social. *“El neoliberalismo no es sólo destructor de reglas, de instituciones, de derechos, es también productor de cierto tipo de relaciones sociales, de ciertas maneras de vivir, de ciertas subjetividades”* (C. Laval y Dardot, 2013, p. 14).

La eficacia de esta gubernamentalidad neoliberal se debe, en gran parte, a que no es algo que se imponga desde “arriba” a los sujetos, sino que se basa en su autorregulación, en las llamadas “técnicas del yo” mediante las cuales los sujetos se gobiernan a sí mismos (Franzé Mudanó, 2013; C. Laval y Dardot, 2013; Shore, 2010). Esto se inscribe en el análisis que hace Foucault (2009) sobre cómo el concepto de “capital humano” pasó a ser central para el neoliberalismo. En este marco las personas se conciben como sujetos económicamente activos que son poseedores de su propio capital, que son ellos mismos, y deben invertir permanentemente en ese capital para asegurar su renta futura. En todo el orden social, el modelo a seguir pasa a ser la “empresa” y los sujetos deben autogestionarse como “empresarios de sí” que deben administrar su vida para maximizar sus posibilidades y revalorizar permanentemente su propio capital. Esto se aplica no solo al ámbito económico o educativo, sino que a todas aquellas esferas de la vida que influyen en la revalorización de ese capital.

¿Qué quiere decir formar capital humano, formar por lo tanto esa especie de idoneidad-máquina que va a producir ingreso o en fin, que va a ser remunerada con un ingreso? Quiere decir, por supuesto, hacer lo que se llama inversiones educativas. A decir verdad, no hubo que esperar a los neoliberales para medir ciertos efectos de esas inversiones educativas, ya se tratara de la instrucción propiamente dicha, de la formación profesional, etcétera. Pero los neoliberales hacen notar que, de hecho, lo que es preciso llamar inversión educativa, o en todo caso, los elementos que participan en la constitución de un capital humano, son mucho más

amplios, muchos más sugerentes que el mero aprendizaje escolar o el mero aprendizaje profesional (Foucault, 2009, p. 232).

Así, para el neoliberalismo todos los aspectos de la vida son objeto de este mejoramiento continuo de capital y por lo tanto, son materia de inversión para los mismos sujetos, desde la alimentación, la salud o como ejemplifica este autor, la cantidad de horas que los padres pasan con sus hijos en sus primeros años de vida. El “empresario de sí” pasa a ser el responsable último de las buenas o malas inversiones realizadas y por lo tanto, de su éxito o su fracaso. Así, para los liberales, el buen ciudadano, es decir, aquel que se integra a una vida económica y socialmente productiva, será aquel responsable de sí, que ha tomado las decisiones adecuadas, siempre a partir de una búsqueda activa de la información y de un cálculo racional de los riesgos (C. Laval y Dardot, 2013; Petersen y Lupton, 1996). De esta forma, esta gubernamentalidad neoliberal, más que actuar directamente sobre los sujetos, influye sobre los marcos de acción, de deseo y de posibilidades para que estos “decidan libremente”. Al igual que con el liberalismo clásico, la clave de esta libertad es que se trata de un marco construido aunque no siempre percibido.

No siempre se aprecia la dimensión normativa que necesariamente les es propia: la “libertad de elegir” se identifica de hecho con la obligación de obedecer a una conducta maximizadora en un marco legal, institucional, reglamentario, arquitectónico, relacional, que debe estar construido, precisamente, para que el individuo elija “con toda libertad” lo que necesita elegir obligatoriamente en su propio interés (C. Laval y Dardot, 2013, p. 218).

Sin embargo, es posible complementar este análisis de la gubernamentalidad neoliberal con la perspectiva de L. Wacquant (2011), quien destaca la importancia de analizar su aplicación práctica de acuerdo a las clases sociales. Este autor señala que las dinámicas disciplinarias y represivas están plenamente vigentes en el neoliberalismo, pero que están concentradas en los sectores pobres de la población. *“El lado suave de las propensiones libertarias que favorecen a la clase alta conduce hacia el lado duro del control autoritario, pues se centra en dirigir, incluso dictar, la conducta de la clase baja”* (2011, p 14). Muchas de estas dinámicas represivas pueden rastrearse en las políticas públicas que operativizan esta gubernamentalidad. Sin embargo, tal como

hemos señalado anteriormente, estas políticas no deben entenderse en un sentido meramente “destructivo”, sino que son generadoras de sujetos e identidades. Así, las políticas públicas, con sus formas de regular la organización social, sus clasificaciones y priorizaciones, no solo influyen en nuestra cotidianidad marcando la “cancha” donde se juega, sino también dando sentidos y creando identidades, *“uno de los aspectos más importantes de la formulación de las políticas públicas es la forma en que las políticas construyen nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos, particularmente conceptos modernos del individuo”* (Shore, 2010, p. 36).

Este conjunto de discursos, estrategias y prácticas ha tenido un espacio de desarrollo privilegiado en el ámbito de la salud pública, lo que ha sido aplicado a la investigación de ciencias sociales por numerosos autores como Robert Crawford (1980); Deborah Lupton (1997); Nikolas Rose (1999); Christopher Fries (2008) o Kate Cairns (2015). En la mayoría de estos trabajos se da cuenta de esta nueva forma de practicar gobierno, en el que toda una serie de instituciones, políticas, programas, discursos y prácticas convergen en ese gran objetivo y súpervalor que es la salud de la población. Sin embargo, lo interesante radica en los mecanismos y las condiciones que posibilitan que estos valores y objetivos no sean solo algo impuesto “desde arriba”, sino cómo las mismas personas los resignifican para hacerlos suyos o en otros casos para rechazarlos.

El cuerpo y la salud se han vuelto centrales para las políticas públicas y para la construcción de identidad de los sujetos. Para dar cuenta de esta centralidad Alan Petersen y Deborah Lupton (1996) hablan de una “nueva salud pública”, que estaría atravesada por una moralidad del “cuerpo saludable” y que funcionaría como imperativo de todo buen ciudadano responsable: el “ciudadano saludable”. Las personas, como “empresarios de sí”, son llamadas a empoderarse y participar activamente en la administración de su cuerpo y su salud, no dejándola solo en mano de los médicos, ya que son ellos los últimos responsables de su salud y por lo tanto, también de su enfermedad. El cuerpo saludable pasa a ser una marca de distinción que es socialmente premiada, mientras que un cuerpo descuidado, obeso o enfermo es reprochado, sospechado y culpado no solo por los problemas que tendrá el enfermo a nivel individual, sino porque también significará un costo para todos. En muchos casos, la responsabilización cruza aquí la delgada línea de la culpabilización. Robert Crawford

acuñó el término “*healthism*”⁹ para dar cuenta de este súpervalor de la salud, especialmente enfocada en la salud personal como forma de alcanzar el bienestar pleno y que puede lograrse gracias a la modificación de las conductas y los estilos de vida, lo que puede vincularse con el auge de las “medicinas holísticas” o prácticas de autocuidado que ponen el acento en la mente-cuerpo como el yoga o la meditación. En ningún caso se trata aquí de plantear como problema el hecho de que las personas sean responsables de su propia salud, sino que estas formas de entender la salud y la enfermedad principalmente como problemas individuales, además de culpabilizar a las personas deja de lado los aspectos estructurales que pueden estar detrás, como la desigualdad social o el acceso a los sistemas de salud. Las soluciones, por tanto, también funcionarán principalmente en ese plano doméstico, que a lo sumo incorpora un entorno limitado como el familiar o el escolar, pero no apuntan a un cambio más general de orden sociopolítico.

El rol de los expertos, con sus recomendaciones, definiciones de riesgos y clasificaciones ha sido fundamental para que las personas cambien e internalicen hábitos de vida saludable. Desde mediados de la década de 1970 las políticas públicas de salud han puesto el acento en los estilos de vida como vía para alcanzar la salud plena. La justificación técnica ha sido la transición epidemiológica, que postula que las enfermedades infecciosas (que justamente son las prevenibles por vacunas) dejaron de representar el principal problema de salud de los países industrializados y tomaron mayor relevancia las enfermedades crónicas-no transmisibles, más relacionadas con los estilos de vida como la obesidad, el tabaco o el sedentarismo. Este diagnóstico le dio respaldo técnico a los nuevos postulados neoliberales para acentuar la responsabilidad individual en los problemas de salud, en detrimento de planteos socioeconómicos o estructurales.

Esta transición o “revolución” epidemiológica, constituye uno de los puntos de partida fundamentales de los nuevos enfoques y de los nuevos modelos sanitarios desarrollados a partir de la década de los setenta. Momento que coincide, además, con el inicio de un “ciclo depresivo” del capitalismo, en el que junto a la crisis económica y energética, la

⁹ El término *healthism* ha sido traducido y trabajado en español como “salutismo” aunque su uso no es generalizado, por lo que hemos dejado el original. Para más información ver la edición especial de EÄ-Journal “Salutismo y autocuidado: reconfigurando el cuerpo y la vida a través de la Ciencia y la Tecnología” - 2015, Vol.7, N°1.

desestructuración del modelo de acumulación basado en el llamado estado del Bienestar, dio lugar a las dificultades de la legitimación del propio sistema socio-económico (Huertas, 1998, pp. 58-59)”.

Los expertos también son los encargados de calcular y administrar el riesgo, un tema central para las nuevas formas de gobierno y particularmente para las nuevas políticas de salud. La generalización del riesgo se ha proclamado como una característica de la sociedad actual (Beck, 2006), no solo por el alcance global de las nuevas amenazas sino también porque cada vez abarcan más aspectos de nuestra vida cotidiana. De esta forma, también se amplía el campo de acción de los expertos, lo que se ha venido dando desde hace tiempo en el ámbito de la salud y que ha sido conceptualizado a partir de la idea de “medicalización”, es decir, una ampliación del poder de la institución médica, tanto de sus profesionales como de su concepción de la salud y la enfermedad, que ha ido abarcando cada vez más esferas de la vida de las personas (Crawford, 1980). Sin embargo, la particularidad del concepto de riesgo y sus formas de administración actual es que facilita esa intervención indirecta y responsabilización de la que hablamos. A través de estos cálculos y estadísticas, los expertos generan “perfiles de riesgos” así como “factores de riesgos” que los ciudadanos responsables de su salud deben evitar. De esta forma, el mecanismo no es directamente coercitivo sino que apunta a que las personas se modifiquen sus conductas a partir de “evidencias”, “datos” y “hechos”.

La política pública —tal como el poder— parece funcionar de manera más efectiva cuando sus mecanismos de operación son invisibles; cuando parece tan “natural” que pasa desapercibida y sin cuestionar, o cuando se proyecta en el inexpugnable lenguaje neutral de la ‘ciencia’ (Shore, 2010, p. 45).

Sin embargo, los resultados de las políticas e intervenciones no son algo que continuamente pueda entrar en el plano de lo “calculable”, los efectos no son siempre los esperados e incluso pueden generar contradicciones o resistencias como el caso de las vacunas que estamos analizando. Tal como señala Shore, las políticas públicas no deben analizarse solo a partir de las definiciones de los expertos ni de las intenciones de quienes las formulan. *“Una vez creadas, las políticas entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones, tinglado que puede a menudo generar consecuencias imprevistas e inesperadas”* (Shore, 2010, p. 36).

Estos aspectos son centrales para situar las controversias actuales sobre vacunación en Chile, un país considerado como “laboratorio” de las políticas neoliberales y donde los discursos asociados al “empoderamiento” han cobrado especial relevancia en los últimos años, generando nuevos escenarios de tensión entre diversos actores como los “ciudadanos empoderados” y los expertos. En esta red de significaciones las vacunas están cobrando nuevos sentidos para ciertos sujetos y en las controversias no solo se está poniendo en juego una disputa “técnica” sobre contenidos o evidencias de efectos secundarios, también se disputa quiénes son los legitimados para discutir y para decidir sobre la salud propia y la de los hijos, a la vez que desde otras perspectivas también se está discutiendo sobre la salud de la población. Esta investigación busca analizar la forma en que las vacunas están siendo resignificadas y el sentido que han adquirido para los expertos y para los padres y madres que son críticos con esta medida, así como las estrategias comunicacionales que ponen en juego de acuerdo a sus marcos de referencia.

Apuntes metodológicos y trabajo de campo

La propuesta de esta investigación de analizar las controversias centrándose en comprender la relevancia y el sentido que tienen las vacunas para los distintos actores, en sus contextos concretos, nos ha llevado a plantear una investigación de carácter cualitativo. Como señala Ruiz Olabuenaga los métodos cualitativos apuntan a “*captar el significado particular que a cada hecho atribuye su protagonista*” (1996, p. 17), entendiendo que este significado no es algo meramente individual y no puede comprenderse al margen de las condiciones sociales, políticas y económicas en las que están insertos los sujetos.

La búsqueda de sentidos ha sido relevante en la medida en que esta investigación ha indagado esas otras dimensiones, más allá de los conocimientos específicos, que influyen en la aceptación o rechazo de las vacunas como, por ejemplo, las visiones de mundo, las concepciones sobre salud-enfermedad o la construcción de confianza e incluso de la “ignorancia” que, como señala Wynne (1995), puede ser una estrategia en sociedades complejas y con roles diferenciados.

Siguiendo a Bourdieu y Wacquant, entendemos que la construcción de un objeto de estudio es un proceso que debe ser permanentemente reflexivo y que los métodos utilizados no pueden concebirse separadamente, para no caer en lo que el autor llama “metodologismo”, es decir, “*la inclinación a separar la reflexión sobre los métodos de su uso real en el trabajo científico y cultivar el método por el método mismo*” (Bourdieu y Wacquant, 2008, p. 55) . De la misma forma, la teoría no debe ser un fin en sí mismo, sino que debe estar al servicio de la investigación, entendiendo los conceptos como “caja de herramientas” que ayudan a resolver problemas. “*Hasta la más mínima operación empírica (...) implica opciones teóricas, conscientes o inconscientes, mientras que el más abstracto de los rompecabezas conceptuales no podría ser clarificado sin un compromiso con la realidad empírica*” (Bourdieu y Wacquant, 2008, p. 63).

De esta forma, teniendo en cuenta la adecuación al objeto de estudio de esta investigación se ha elegido la *entrevista informal no directiva* como una de las principales técnicas para producir datos, especialmente para la segunda parte. Para ello, se ha tenido en cuenta no solo las posibilidades de la técnica, sino también sus límites y de sus implicaciones teórico-epistemológicas.

En este sentido, siguiendo a Bourdieu, entendemos que todo producto discursivo, como por ejemplo el que ha sido generado por una entrevista, debe analizarse no solo en su dimensión retórica-lingüística ni tampoco quedarnos solo con el “contenido” de lo que informa, sino que es necesario tener en cuenta sus condiciones sociales de producción.

Así, todos los esfuerzos para hallar el principio de la eficacia simbólica de las diferentes formas de argumentación, retórica y estilística en su lógica propiamente lingüística, están siempre condenadas al fracaso mientras no establezcan la relación entre las propiedades del discurso, las propiedades de quien las pronuncia y las propiedades de la institución que autoriza a pronunciarlos (Bourdieu, 1985, p. 71).

Así, la posición de los sujetos dentro de un campo, la forma en que explican o dan sentido a hechos pasados desde sus situaciones presentes o, incluso, las expectativas que tengan de la situación de entrevista influyen en la forma de contar su historia y dotarlas de una “*unidad de sentido*” (Devillard, Pazos, Castillo, Medina, y Touriño, 1995).

Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta tanto en el proceso de preparación de la entrevista como del análisis.

Uno de los puntos de partida para pensar las entrevistas en esta investigación ha sido buscar el acercamiento al punto de vista de los entrevistados sin imponer los intereses, categorías o el lenguaje académico del propio entrevistador. Por esto se ha utilizado un tipo de entrevista informal no directiva, con una perspectiva conversacional, que Devillard et al. caracterizan de la siguiente forma:

una perspectiva resueltamente conversacional obliga a entablar el diálogo en los mismos registros que los de la vida social cotidiana, adecuándose a las formas de conversar e intercambiar en situaciones ordinarias. Solo así el investigador puede conocer las cuestiones relevantes para los agentes sociales y cómo éstos las abordan. Es decir, su modo de entender, formular, priorizar, y resolver aquellas cuestiones que el investigador se ha planteado a la fuerza de una manera más escolástica y abstraída de la lógica práctica (Devillard, Franzé Mudanó, y Pazos, 2012, p. 148).

La preparación de las entrevistas con este enfoque de tipo “conversacional” para la investigación fue exhaustiva y continuamente repensada para encontrar un equilibrio entre los intereses de la investigación y la necesidad de generar situaciones en las que los entrevistados se sintieran cómodos, tuvieran la confianza para expresarse en sus puntos de vista y no se vieran interpelados por un cuestionario de preguntas-respuestas acotados, que dirigieran excesivamente las respuestas. Las guías de entrevistas se prepararon a partir de temas y subtemas que, como veremos en el siguiente apartado, se fueron adaptando a medida que la investigación fue avanzando.

Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en la Región Metropolitana de Chile, en dos etapas: la primera, entre septiembre y noviembre de 2013, y la segunda, entre fines de mayo y principio de agosto de 2015.

Tras una revisión bibliográfica y una selección de temas a tratar en las primeras entrevistas, en la primera fase pude realizar un acercamiento al terreno, recolectar material bibliográfico difícil de obtener desde España, hacer las primeras entrevistas y lograr una visión general sobre algunos aspectos fundamentales, como por ejemplo el funcionamiento del Sistema de Salud o específicamente el del área de inmunizaciones. Como argentina que previamente había vivido y trabajado ocho años en Chile tenía la experiencia de usuaria del sistema público de salud, FONASA, sin embargo, no conocía la estructura ni el funcionamiento de otros servicios como por ejemplo, los vacunatorios.

En esta primera etapa del trabajo de campo tuve encuentros con funcionarios del ministerio de salud y del Instituto de Salud Pública, lo que me permitió hacer los primeros contactos para después entrevistar a dos expertos del Consejo Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAVEI), a un cargo de jefatura de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) del Ministerio de Salud, departamento que en ese entonces tenía a cargo el Programa Nacional de Inmunizaciones y a una enfermera jefe de un vacunatorio privado. Por otra parte, en este viaje también realicé las tres primeras entrevistas a padres y madres que tenían visiones críticas con las vacunas. Este acercamiento me permitió vislumbrar la diversidad de posturas que podía haber entre estos actores respecto a la vacunación, desde padres que no estaban dispuestos a colocar ninguna vacuna a sus hijos, a otros que tenían desconfianza respecto algunos componentes específicos o una madre que había denunciado al Estado por el caso de su hijo con autismo.

Estas primeras entrevistas a padres y expertos me permitieron, por una parte, descartar temas que había seleccionado a partir de los objetivos planteados y de la revisión bibliográfica inicial, e incorporar otros nuevos que surgieron durante las conversaciones. Entre los aspectos descartados, cabe mencionar la “dimensión personal” de los expertos que originalmente me había propuesto abordar (si tenían hijos, si los habían vacunado o si hablaban de estos tema en familia), como una estrategia para indagar sobre el sentido que para ellos tenía la vacunación al margen de su rol institucional. Sin embargo, rápidamente comprendí las dificultades de traspasar esta barrera, ya que la posición de “experto” y su discurso altamente institucionalizado, especialmente en altos cargos, no daba espacio para este tipo de preguntas que incluso generaban desconfianza o “descolocaban” al entrevistado. En este caso, y tal como

plantean Devillard et al. (2012), el problema con este tipo de actores es que suelen presentar un discurso muy institucionalizado, desplegado de una forma muy coherente y preparado previamente, sin esos matices que pueden ayudar a entender si hay diversidad o si esos discursos realmente le hacen sentido a los entrevistados. Como estrategia para abordar este punto, busqué introducir preguntas a partir de los puntos de vista de los padres o de casos problemáticos que aparecían en la prensa, temas que por ser contrapuestos o controvertidos permitían desplegar esos matices y diferencias.

Entre los temas a los que este primer acercamiento al terreno demostró que había que dar mayor relevancia surgió el de la alimentación. Si bien esta temática había sido tomada en cuenta inicialmente, no fui consciente de la centralidad que tenía para los padres en su explicación sobre el funcionamiento del sistema inmune y su decisión de no vacunar. Así, por ejemplo, en la mayoría de las entrevistas era habitual que las preguntas sobre salud terminaran derivando en aspectos como la importancia de dejar de dar leche de vaca a los hijos o de alimentos procesados, así como la relevancia de la lactancia materna.

De esta forma, las primeras entrevistas me permitieron, por una parte, iniciar contactos a través de la técnica “*bola de nieve*”, que consiste en que los primeros informantes me fueran presentando a los siguientes (Taylor y Bogdan, 2002). Por otra parte, estas entrevistas también me dieron claves para volver sobre la teoría y revisar nuevos temas, nuevas perspectivas y nuevas estrategias de entrevista. En este sentido, en esta investigación fue muy relevante la flexibilidad de la metodología cualitativa para retroalimentar teoría y práctica en esa especie de “fusión” de la que hablan Bourdieu y Wacquant (2008).

A partir la información de la primera fase del terreno y de la nueva (y constante) revisión teórica se reelaboraron las guías de conversación para las nuevas entrevistas. Siguiendo a Devillard et al. (2012), la guía de conversación no se hizo a partir de un cuestionario con un esquema de preguntas y respuestas acotadas, sino que se elaboró abarcando los temas relevantes para la investigación, pero dejando espacio para que el entrevistado plantee sus propios temas y prioridades, con su lenguaje y sus propias asociaciones. Por lo mismo, se puso especial cuidado en no utilizar lenguaje academicista y mantener una actitud de “escucha activa” en todo momento.

Se elaboraron dos guías diferenciadas: una para padres y madres, y otra para los expertos del ámbito de la salud. En cada una de ellas, se buscó abordar temas y subtemas en común, como por ejemplo la obligatoriedad de la vacunación, pero también se tuvieron en cuenta los temas específicos de cada ámbito.

Cada grupo presentó diferentes problemáticas a tener en cuenta a la hora de pensar las guías y de concretar las entrevistas. En el caso de los expertos fue necesario buscar estrategias para salir de los discursos institucionalizados, mientras que con los padres y madres el primer problema fue identificar y contactar a personas críticas con la vacunación, ya que no estaban institucionalizados ni organizados (a excepción del grupo de Bioautismo), solo en el 2016 aparecieron en las redes sociales grupos más visiblemente identificados como “antivacunas”. Esto llevó a depender de los contactos y presentaciones entre ellos y también implicó una gran dispersión geográfica, lo que me llevó a recorrer puntos distantes de la Región Metropolitana.

En la entrevista a los padres se puso especial atención en no utilizar lenguaje y términos academicistas, aunque en la mayoría de los casos estuviera frente a padres con estudios universitarios y autodidactas en temas de salud. Mi preocupación no pasaba tanto porque no me entendieran, sino por llevar la conversación a un plano de comodidad. Así, en el caso de que los entrevistados utilizaran términos muy especializados, esto me permitía indagar sobre sus procesos de formación y búsqueda de información sobre el tema. A partir de estas premisas, en la **guía de la entrevista para padres y madres** se abarcaron los siguientes temas y subtemas:

- **Familia y crianza de los hijos:** composición de la familia, educación de los hijos (colegios convencionales o alternativos), nociones compartidas con parejas actuales o previas, participación de los abuelos en la crianza y diferencias generacionales.
- **Formación y trabajo:** estudios formales pero también informales, capital cultural, área de trabajo y relaciones laborales con el ámbito de la salud.
- **Sistema de salud y medicina:** cobertura de salud (pública-privada), tipo de medicina (tradicional, alternativas, ambas), visión sobre la “medicina tradicional-convencional” y el hacer de los médicos, confianza en los médicos,

opinión sobre medicinas alternativas y sus diferencias, mirada sobre el rol de las autoridades de salud.

- **Cuidado de la salud y nociones sobre salud-enfermedad:** formas de entender la salud y la enfermedad, responsabilidades sobre la propia salud, estrategias y prácticas para mantener la salud propia y de los hijos, alimentación y sistema inmune, uso de medicamentos, salud y medioambiente (contaminación, campo-ciudad).
- **Vacunas y no vacunación:** visión general sobre las vacunas y sus críticas, razones para la no-vacunación, estrategias de vacunación (vacunas sin timerosal, dilación, calendarios alternativos, etc), evaluación de efectos adversos vs. enfermedad, inmunidad de rebaño y contagio de otros, miedo a enfermedades, laboratorios productores de vacunas, controles de las autoridades de salud, opinión sobre la obligatoriedad de la vacunación.
- **Comunicación e información:** proceso de informarse, fuentes de información para la salud en general y para el tema de vacunas en particular, confianza en la información proveniente de las autoridades de salud, opinión sobre campañas, uso de sitios especializados, uso de internet y redes sociales, medios de comunicación generalistas o especializados, comunicación cara-a-cara con médicos, otros padres o familia.

Como se mencionó anteriormente, en el caso de los expertos del ámbito de la salud se quitaron los temas relativos a la dimensión más personal y se buscaron otras estrategias para abordar los discursos muy institucionalizados, como la contrastación con los puntos de vista de los padres o discutir casos “problemáticos” aparecidos en prensa. En este caso el uso de términos especializados era lo esperable y también su intención didáctica de ayudarme a comprender ciertos aspectos “técnicos”. Aquí, la intención de llevar la entrevista a planos de “comodidad” pasaba incluso por manejar códigos en común y estructurar un poco más el formato de preguntas-respuestas, ya que en su rol de expertos los entrevistados esperaban ser preguntados y les incomodan los silencios, ya que los términos de la entrevista son más acotados y hay una concepción de eficiencia en relación al uso del tiempo. Los temas que se abarcaron en las **guías de las entrevistas para expertos** fueron los siguientes:

- **Formación y especialización:** estudios formales e informales, especialización, estudios en el extranjero.
- **Trabajo, cargos y trayectoria laboral:** tipo de trabajo que desempeña, cargos de responsabilidad (autoridad sanitaria, sociedades científicas), asesorías relacionadas con vacunas, trato directa-indirecto con los pacientes, trayectoria en el sector público o el privado, atención hospitalaria, clínica, consultorio, vacunatorio, investigación en vacunas, trabajo en laboratorios.
- **Funcionamiento del sistema de salud y visiones sobre la medicina:** problemas y ventajas del sistema de salud chileno, visión general sobre la medicina y su ejercicio (compromiso social, miradas verticalistas, apoyo en la experiencia, medicina basada en evidencias), problemas prácticos del ejercicio (horarios, recursos, tiempos de atención), relación con laboratorios, declaración de interés.
- **Cambio en la ciudadanía chilena:** percepción de cambio en la ciudadanía en general y cómo afecta al ámbito de la salud (empoderamiento, derechos)
- **Relación médico-paciente:** formas de entender esta relación (paternalismo, responsabilización), rol del médico, rol de la autoridad de salud, percepción de cambio en los pacientes y en la relación con el médico.
- **Medicinas alternativas:** opinión sobre otras medicinas, la importancia que han adquirido (antroposofía, homeopatía, acupuntura, etc.), ver si se hacen diferenciaciones entre ellas.
- **Vacunación y oposición a la vacunación:** explicación de la oposición a la vacunación y sus consecuencias (vuelta de enfermedades, brotes, etc.), importancia de la vacunación (efecto rebaño, cumplimiento de metas, compromisos internacionales, control de enfermedades), investigación en vacunación (relación con laboratorios, declaración de intereses, desconfianza ciudadana), mirada sobre los padres que no vacunan, rol de la autoridad en salud, opinión sobre obligatoriedad de la vacunación.
- **Comunicación e información:** el manejo del paciente informado, rol de los medios tradicionales y otros como internet y redes sociales en las controversias

sobre vacunas, rol asignado a periodistas y comunicadores, expectativas sobre las campañas de información.

La segunda fase del trabajo en terreno abarcó desde fines de mayo a principios de agosto de 2015. En este nuevo viaje a Santiago de Chile continué buscando material bibliográfico especializado, no editado en España y realicé la mayor parte de las entrevistas. Para ello, retomé contactos con los padres y expertos anteriormente entrevistados para hacer correr la “bola de nieve”, pero también generando nuevos puntos de partida y evitar así perfiles demasiado homogéneos.

Respecto a los lugares de las entrevistas, en el caso de los padres, algunos me citaron en lugares públicos como cafés y un par de personas en sus lugares de trabajo, pero a la mayoría pude visitarlos en sus domicilios, lo que me permitió conocer sus entornos y a sus familias. Sin duda, esto fue un gran aporte para la investigación, ya que por una parte, algunos indicios me permitían darme cuenta de que la guía de entrevista y el tipo de acercamiento estaban funcionando al generar ambientes de comodidad, cercanos a una conversación cotidiana, como por ejemplo, cuando pude entrevistar a una madre en mientras bañaba a su hija o compartiendo en más de una ocasión comidas y meriendas con las familias. Por otra parte, los lugares donde vivía cada familia me entregaban no solo información como el nivel socioeconómico, sino también de elecciones de “estilos de vida”, como por ejemplo quienes se habían ido a vivir a zonas semirurales como el Cajón del Maipo o Pirque, para estar más en “contacto con la naturaleza”. Por último, también los lugares también daban cuenta de las limitaciones, especialmente en una ciudad como Santiago que se caracteriza por una marcada segregación socio-espacial. Así por ejemplo puede verse en la entrevista de una madre que vivía en La Cisterna y que ante la pregunta respecto a si llevaba a su hijo a médicos “alternativos” respondía:

"Me encantaría, me encantaría pero también todo eso está como lejos en el sentido de... suponte... los médicos antroposóficos están todos de Ñuñoa pa' arriba ¿me entendís? hay un tema geográfico y también social, no sé... como que no hay médicos que atiendan acá en Gran Avenida, no hay médicos de esos... no, todo es para ese lado. Entonces todo eso también influye" (EP12- ext.14- Joana, madre que optó por vacuna privada, sin timerosal)

En el caso de los expertos del ámbito de la salud, excepto en una ocasión, a todos los entrevisté en sus lugares de trabajo, lo que también me aportó mucha información sobre los entrevistados y a la vez, sobre las diferencias en la atención en salud que pueden recibir los ciudadanos chilenos. Una diferencia que no solo estaba marcada por el eje público/privado, sino también atravesada por la segregación espacial que mencionábamos. Por lo tanto, un consultorio público en un barrio humilde de Recoleta, distaba mucho de otro también público de Providencia, una zona de nivel socioeconómico más alto, con una población más envejecida y con otros problemas de salud. También en el ámbito privado había diferencias, así un consultorio particular en el centro de Santiago o una clínica de tamaño intermedio en Providencia no tenía nada que ver con una institución privada como la Clínica Las Condes, que apunta a un público de un alto nivel socioeconómico alto y que al llegar recuerda más a un hotel, con locales como Starbucks en su interior, y donde la dimensión médico-hospitalaria está en un segundo plano.

También pude establecer ciertas relaciones entre los tipos de establecimiento en el que trabajaban los entrevistados expertos (hospitales, grandes clínicas, consultorios, etc.) con formas de entender la medicina y con otros aspectos como sus posiciones políticas o incluso, la posición que ocupan en el campo de la medicina. Esto puede verse, por ejemplo, en la entrevista a un médico que explica su visión sobre el trabajo hospitalario y la diferencia con la atención primaria:

“Mi opinión personal respecto a la atención hospitalaria es que descontextualiza y sigue descontextualizando a las personas, es decir, las personas enfermas, las saca de su contexto cotidiano, las ingresa a una sala, las mejora, las cura y las retorna a su contexto sin cuestionarse más allá la reparación de dicho contexto. Eso tiene que ver con reflexiones políticas... eh... yo estudié además en los años 80 donde además la reflexión política era una cuestión inevitable para los jóvenes más o menos inquietos. Entonces, mi opinión era que mi formación y mi ejercicio de la profesión médica no debiese repetir lo mismo que yo estaba cuestionando. Y me parece que el escenario de los establecimientos de atención primaria era lo más apropiado para sanar a las personas en su contexto real, en su contexto cotidiano, comunitario, y hacer más viable una expresión que uno aprende en la facultad de

medicina desde muy niño, que es una cuestión como de Perogrullo a esta altura, que es "más vale prevenir que curar", entonces la prevención no está obviamente en los hospitales, sino en los lugares de atención primaria". (EE7- Ext. 2- Juan Luis V., médico con trayectoria en atención primaria, que además trabaja en la academia y tiene una consulta particular).

Los lugares de las entrevistas también dan cuenta de otros aspectos relacionados con el significado que tienen las vacunas para los actores. Los padres me citaron en sus hogares porque el tema es personal, se trata de hablar de la vacunación de “sus” hijos. En cambio, para expertos es un tema profesional y me citaron en sus oficinas y consultorios (excepto el único médico antroposófico que entrevisté que me recibió en su domicilio) y por más que la vacunación sea un tema que también afecte a sus propios hijos, para lo expertos la entrevista trata sobre los “niños en general”, de la vacunación y de la decisión de “otros” aunque nos afecte “a todos”. Así, esta distancia/cercanía con el tema también se reflejó en los lugares de la entrevista. De esta forma, recorrer la ciudad y sus contrastes, así como conocer los contextos donde habitan y donde trabajan los entrevistados, fueron elementos fundamentales para después analizar las entrevistas y poder establecer relaciones que vayan más allá de su contenido explícito.

Los períodos en que se realizó el trabajo de campo también fueron significativos, dado que en el primer viaje, entre septiembre y noviembre de 2013, se estaba en plena discusión del proyecto de la ley sobre el timerosal de las vacunas y constantemente aparecían en la prensa tanto padres preocupados como expertos opinando sobre el tema. En el segundo viaje, entre mayo y agosto de 2015, esta polémica ya había disminuido e incluso algunos expertos daban por “superado” el tema de los “antivacunas”, pero en ese momento comenzaba a manifestarse cierto malestar con otras vacunas, especialmente con la del Papiloma Humano, un tema que tomó fuerza en 2016, después del período propuesto para esta investigación. En la actualidad, la discusión sobre la vacuna del Papiloma Humano se ha judicializado en Chile, con grupos de padres que han puesto recursos de protección, y se ha entrado en una fase de difícil resolución.

En resumen, en los dos viajes a Chile pude realizar un total de 31 entrevistas: 14 a expertos del ámbito de la salud, 14 a padres y madres críticos con la vacunación y también 3 entrevistas a comunicadores del ámbito de la salud para conversar sobre la

dimensión comunicacional de este tema (ver anexo 1, cuadros 1, 2 y 3 con información sobre los entrevistados). Estas entrevistas se sumaron a los encuentros informales con expertos y padres, a una revisión bibliográfica constante durante todo el proceso de investigación, a un trabajo de carácter historiográfico para la primera parte, a un seguimiento sistemático de artículos de la prensa chilena y de foros de padres de niños con autismo, de otros grupos en las redes sociales y de sitios web “antivacunas”.

PRIMERA PARTE:

**DIMENSIÓN SOCIOPOLÍTICA DE LAS CONTROVERSIAS SOBRE
VACUNAS**

Capítulo 1: LOS CONFLICTOS Y LAS RESISTENCIAS COMO PARTE DE LA HISTORIA DE LAS VACUNAS

A lo largo de la historia de la vacunación, e incluso de su antecedente inmediato que es la variolización¹⁰, es posible rastrear diversas formas de rechazo y desconfianza hacia esta medida preventiva. Y es que a pesar del discurso de carácter triunfalista que se difunde desde el ámbito de la salud pública, desde sus inicios la vacunación se ha enfrentado a conflictos que van desde controversias científicas o debates parlamentarios hasta formas de resistencia popular.

Este discurso triunfalista presenta la historia de la vacunación como un desarrollo progresivo y lineal desde sus inicios hasta nuestros días, cuyo origen se sitúa en 1796-1798 con el descubrimiento de la vacuna contra viruela por parte de Edward Jenner. Un segundo hito vendría casi cien años después de la mano de uno de los pioneros de la microbiología, Louis Pasteur, que con sus descubrimientos sobre la atenuación de microorganismos infecciosos en laboratorio daría paso a las vacunas modernas. Un tercer avance significativo se habría dado en las décadas de 1940 y 1950 con el cultivo celular, lo que sería crucial para la diversificación de vacunas, su producción industrial en forma masiva y la configuración de calendarios vacunales en distintos países (Astasio y Ortega, 2010; Moulin, 2007; Plotkin, 2014). Sin embargo, es la erradicación de la viruela en 1979 el hito más simbólico y significativo desde un punto de vista político y social (Dixon, 2008), ya que abrió la puerta y la promesa de la eliminación de las enfermedades infecciosas a nivel global. A partir de estos hitos, la vacunación es presentada en la actualidad como una de las medidas más emblemáticas de la salud

¹⁰ La variolización y la vacunación son técnicas diferentes pero que actúan bajo el mismo principio de generar respuesta en el sistema inmune para proteger a las personas, inicialmente, contra una enfermedad específica: la viruela. La variolización es una antigua técnica, previa a la vacunación, que consistía en introducir materia infecciosa (pus, contras, etc.) en el cuerpo de un individuo sano para provocar una reacción parcial o una forma de enfermedad leve para que se activara el sistema inmune, aunque todavía no se conocían los principios de la inmunidad. Si bien la vacuna actúa bajo el mismo principio, al tratar de activar el sistema inmune contra una enfermedad específica, la diferencia radicó en utilizar virus atenuados de forma controlada. Si bien la primera vacuna de Edward Jenner no utilizó virus atenuados, sino que otro tipo de virus proveniente de una enfermedad distinta (cowpox) pero similar a la viruela humana, los posteriores descubrimientos de Pasteur llevaron a vincular la idea de las “vacunas” con microorganismos (virus y bacterias) deliberadamente atenuados en laboratorio.

pública y es considerada como una de las principales responsables de la disminución de enfermedades graves y de la mortalidad de millones de personas cada año (OMS, UNICEF, y Banco Mundial, 2010). El siguiente es un ejemplo donde se condensan algunos de estos hitos y que es habitual encontrar al inicio de los textos que hablan de vacunación:

En el año 1980 la OMS declaraba oficialmente erradicada a nivel mundial la primera enfermedad infecciosa, la viruela, gracias a la utilización de la primera vacuna de la historia, que había sido desarrollada por Edward Jenner en 1796. Un hecho como este ilustra el gran impacto que la inmunización ha tenido sobre la salud mundial, siendo además una de las intervenciones más coste/efectiva junto con el tratamiento y control de las aguas (Astasio y Ortega, 2010, p. 146).

Este tipo de discurso suele invisibilizar, ignorar o minimizar los conflictos sociales que también han sido parte de la historia de la vacunación. Analizar este tipo de conflictos puede contribuir a desplegar su complejidad y desmontar un discurso excesivamente cohesionado que lleva a pensar en este tipo de medidas preventivas como un paquete cerrado, un “todo o nada”, que debe ser aceptado o rechazado en su totalidad, y que contribuye a crear lo que Anne Marie Moulin (1999a) ha llamado un “coloso con pies de barro”. Así, esta autora que ha investigado ampliamente los aspectos sociales y políticos de la vacunación destaca que si “una vacuna resulta peligrosa o ineficaz, todo el edificio de la vacunación es cuestionado” (Moulin, 1999a, p. 986). De esta forma, señala que ante cada conflicto con vacunas específicas, la sociedad se ve en la necesidad de renovar su compromiso con la vacunación masiva.

Como contrapunto a este discurso se buscará visibilizar estos conflictos debido a que expresan las tensiones provocadas no solo por la aplicación de una técnica específica como es la vacunación, sino por el modelo de medicina sobre el que descansa. Se trata de un modelo que surgió en el siglo XVIII en Europa, pero cuyas raíces se extienden hasta nuestros días, y que respondió a la nueva forma en que los Estados modernos entendieron su rol en el cuidado de la salud de la población. En este nuevo marco la medicina sobrepasó su habitual ámbito de la enfermedad individual, dando pie a una creciente medicalización de la sociedad, extendiendo así sus límites a cada vez más aspectos de la vida social. Las tensiones que surgen por la imposición de este modelo

abarcan diversas reacciones que dependerán del contexto social y político en el que se desenvuelven.

De esta forma, hay que comprender que desde sus inicios las discusiones sobre vacunación no pertenecen solo al ámbito de lo que los expertos llaman “aspectos técnicos”, es decir, a virus, bacterias, componentes específicos o efectos secundarios, sino que se trata de un entramado complejo donde se cruzan aspectos sociopolíticos y culturales.

A continuación se analizarán algunos de estos conflictos sin la pretensión de ser una revisión exhaustiva, sino de mostrar su diversidad. A partir de ellos, veremos que de acuerdo al momento histórico y a los contextos las vacunas fueron recibidas con mayor o menor resistencia tanto por parte de élites sociales y científicas como de sectores populares. De la misma forma, las reacciones también fueron diversas y respondieron a las posiciones sociales, instrumentos y nivel de influencia de cada sector social.

Primeros conflictos: controversias científicas y resistencias

Tal como señalábamos anteriormente, la historia oficial de las vacunas tiene como punto de partida el momento en que Edward Jenner “descubre” la vacuna contra la viruela en 1796 (Andre, 2003; Baxby, 1999; OMS, 2014a) y publica sus resultados en 1798 en “*An inquiry into the causes and effects of the Variolae Vaccinae*”, considerado como un texto fundacional en la materia. Este discurso suele ver en Jenner y su descubrimiento un punto de partida producto de un “genio creador”. Sin embargo, sus hallazgos solo pueden comprenderse en un contexto en el que ya circulaban una serie de conocimientos rurales y prácticas pertenecientes no solo al ámbito científico-médico, sino al de los campesinos locales.

Jenner fue discípulo de John Hunter, un notable cirujano que desafió la medicina teórica predominante y se basó principalmente en la observación y experimentación para su práctica. Después de estudiar en Londres, Jenner se instaló en la zona de Gloucestershire, Inglaterra, donde ejerció como médico rural. Allí supo que las ordeñadoras de la zona y algunos campesinos se consideraban así mismos protegidos

contra la viruela por haber contraído anteriormente una enfermedad menor contagiada de las vacas, que producía solo unas ampollas, generalmente en las manos, llamada “viruela de las vacas” o “cow-pox”. Tal como él mismo publicó en su famoso texto de 1798 (Jenner, 2011), este era un hecho bien conocido por los granjeros y pobladores del lugar, quienes también sabían que de forma inversa, cuando en una granja se producía un brote de cow-pox afectando a sus animales, se solía buscar como ordeñadores a personas que habían sufrido la viruela porque o no se contagiaban o lo hacían levemente. Además, Jenner ya practicaba la variolización a los pobladores del lugar, una técnica muy extendida en esa época para evitar la viruela y que consistía en introducir en una persona sana una aguja con un poco de pus proveniente de una persona enferma de una viruela leve. De esta forma, también había observado que al tratar de variolizar a pacientes que habían padecido la cow-pox, estos no tenían ninguna reacción.

Ante esto Jenner habría iniciado una investigación, documentando 23 casos, para probar que la viruela de las vacas o *cow-pox* otorgaba protección contra la viruela humana. En 1796 inoculó intencionalmente con cow-pox a un niño de 8 años llamado James Phipps y un tiempo después intentó inocularlo con la viruela humana sin que el niño presente ninguna reacción. De esta forma, el pequeño quedaría protegido contra la viruela y con esta inoculación intencional Jenner demostraría el efecto protector de la *cow-pox*. Así, para diferenciar esta nueva técnica, basada en la viruela vacuna o *cow-pox*, de la ya ampliamente practicada variolización, se comienza a hablar de “vacuna”.

Sin embargo, Jenner no fue el primer científico que relacionó la cow-pox con la viruela, por ejemplo, años antes su amigo y colega John Fewster había sugerido este tema a él y a otros colegas (Baxby, 1999). Tampoco habría sido la primera persona que inoculó intencionalmente de cow-pox a otra para protegerla contra la temida viruela humana. “En 1774, Benjamin Jesty, un ganadero de Dorset (Inglaterra) inoculó deliberadamente a su mujer y a sus dos hijos la enfermedad de los ordeñadores con el fin de protegerles durante el brote de viruela” (OMS, 1980, p. 17).

El principal aporte de Jenner fue la realización de una investigación formal sobre este tema de conocimiento popular y su posterior divulgación. Si bien la publicación fue financiada por él mismo, lo que implicaba no haber pasado por la validación de sus pares, su estatus de miembro de la *Royal Society* le otorgó el respaldo y prestigio

necesarios para difundirla en los círculos científicos, algo que claramente no estaba al alcance de los campesinos. Además, Jenner se dedicó activamente a promover la vacuna con lo que contribuyó a su promoción y aceptación.

Más allá de la figura de Jenner, cabe destacar que tanto la técnica y la lógica médica de la vacunación, así como su aceptación social, no pueden comprenderse sin la variolización: una práctica previa que ya estaba muy extendida.

Las controversias sobre la variolización: modelos médicos y validación profesional

Mucho antes de que Edward Jenner realizara sus experimentos y de que la vacuna se difundiera por Europa y el resto del mundo, existieron distintas prácticas de inoculación¹¹ como la variolización. Tal como señalamos anteriormente, esta técnica consistía en introducir en el cuerpo de una persona sana, por vía nasal o con agujas bajo la piel, costras o pus provenientes de las heridas de enfermos de viruela con la finalidad de generar una reacción local o formas suaves de la enfermedad. En esa época no se conocían los mecanismos exactos de transmisión de las enfermedades en general ni el de la viruela en particular, pero se tenía una certeza: quien contraía esta enfermedad una vez, no volvía a padecerla. Se trataba de una práctica empírica, de conocimiento popular, y utilizada por muchas generaciones. A diferencia de la vacuna de Jenner que se basó en otro virus proveniente de los animales y que protegía sin traer grandes consecuencias para los seres humanos, con la variolización se usaba el mismo virus pero en una versión leve, lo que era muy riesgoso ya que podía causar la enfermedad en forma grave y desencadenar brotes.

No se conocen exactamente ni el lugar ni la fecha de origen de las prácticas de inoculación, pero se sabe que ya en el siglo XI se ordenó la variolización preventiva en China y su fundamento teórico apareció poco después en un texto de pediatría de Ts'ien Yi (López Piñero y Bueno Cañigral, 2009). También se conoce que la variolización se

¹¹ La inoculación es la introducción de un microorganismo, material infeccioso u otras sustancias que contengan el agente causante de una enfermedad en una persona sana, con el objetivo de provocar una forma leve de la enfermedad y así conseguir inmunidad (Dorland. *Diccionario Enciclopédico ilustrado de medicina.*, 2005)

practicaba en India y África antes del siglo XVI (Guérin, 2007; Moulin, 1999a; OMS, 1980).

La variolización se habría extendido desde Asia a Persia y, posteriormente, al Imperio Otomano, donde se presume que las mujeres tuvieron un rol relevante en la difusión de esta práctica, tanto por las consecuencias sociales de las desfiguraciones que las afectaban particularmente, como por estar a cargo del cuidado en el ámbito doméstico. Como en muchos otros casos, los avances de la medicina oriental fueron llegando a Europa poco a poco desde Constantinopla.

Dos médicos otomanos, el Dr. Emmanuel Timoni en 1714 y el Dr. Jacob Pylarini en 1716, fueron quienes dieron a conocer esta técnica en la revista de la *Royal Society* inglesa, aunque fue la influencia de Lady Mary Worthley Montagu lo decisivo para la penetración de la variolización en la alta sociedad europea y su posterior difusión al resto de la sociedad, provocando una controversia que quedó reflejada en cartas y diarios de la época.

Lady Montagu, esposa del embajador inglés en Constantinopla, era miembro de la aristocracia inglesa y simpatizante de las ideas ilustradas de la época. Como ella misma había sufrido la viruela y perdido a un hermano producto de la enfermedad, se interesó activamente por la variolización mientras vivió en Constantinopla. Estando allí, dejó que una anciana que practicaba la variolización inoculara a su hijo, pero siempre en presencia de un cirujano británico. Una vez de regreso en Inglaterra, para la epidemia de 1721, Lady Montagu le pidió a ese mismo cirujano que inoculara a su hija, quien aceptó pero con la condición de tener como testigos a tres miembros del “*College of Physicians*”, lo que le dio al procedimiento un carácter público (Barnes, 2012; Grundy, 2000). Poco después, la Princesa Carolina inoculó a sus hijas, no sin que antes el doctor de la Corte y Presidente de la *Royal Society*, Dr. Hans Sloane, hiciera un experimento público utilizando a seis prisioneros condenados a cambio de su libertad (Barnes, 2012; Fenner, Henderson, Arita, Jezek, y Ladnyi, 1988; Grundy, 2000)

De esta forma, Lady Montagu no solo utilizó su posición social, su prestigio personal y sus escritos, sino también el ejemplo de sus propios hijos, para difundir esta práctica entre las familias aristocráticas y la corte.

Sin embargo, la difusión de la variolización en la sociedad inglesa generó una gran controversia en la que confluyeron una serie de discusiones científicas con aspectos sociales y políticos. Si bien la variolización generó adeptos entre hombres de ciencia, también tuvo férreos detractores que en nombre del conocimiento médico llamaban a abandonar esta “moda” de la inoculación. Watts (2000) señala que especialmente los médicos de extracción universitaria se opusieron a esta técnica. A medida que esta práctica se fue extendiendo por otros países, también surgieron reacciones similares, como en España, donde inicialmente los médicos de Cámara del Rey determinaron que se trataba de una práctica perjudicial para la salud pública, aunque después vino una gradual aceptación (Olagüe de Ros, 2008).

Desde muchos puntos de vista la variolización significó un gran cambio en las lógicas médicas de la época y en ese marco deben comprenderse las primeras oposiciones por parte de estos médicos. En primer lugar, los médicos disputaban un estatus social y se afianzaban en los estudios formales de textos antiguos, especialmente de Hipócrates y Galeno, lo que los diferenciaba de otros practicantes empíricos, “la mayoría de los médicos aún se aferraba a la teoría helenista de los humores, la cual parecía descartar las innovaciones en medicina preventiva” (Watts, 2000, pp. 164-165).

En segundo lugar, se trataba de una profesión ejercida por hombres y aunque las mujeres ejercían el cuidado en el ámbito privado y, por lo tanto, generaban prácticas y conocimientos en estas materias, no participaban en debates públicos y mucho menos científicos. Solo una figura de carácter culto y aristocrático como la de Montagu, reconocida como una excepción, pudo escribir en periódicos y ejercer cierta influencia. Sin embargo, el hecho de que la variolización estuviera ligada a mujeres tanto en su origen en Oriente, como en su introducción en Inglaterra, era uno de los principales ataques contra esta práctica. Por ejemplo, una de las voces más destacadas contra la variolización, el Dr. Wagstaffe, señalaba que este método era practicado por unas “pocas mujeres ignorantes” entre personas “irreflexivas” y “analfabetas” (Barnes, 2012).

Por otra parte, no debe obviarse que la práctica de la variolización iba totalmente en contra de las lógicas y de la forma en que se entendían la salud y la enfermedad en esa época. En siglo XVIII no existía la teoría microbiana ni se comprendía acabadamente el contagio de las enfermedades infecciosas. Para ese entonces reinaba la teoría

miasmática, que entiende que las enfermedades, especialmente las colectivas, estarían causadas por “el influjo ejercido sobre los sanos por ciertos vapores deletéreos que alterarían el estado de la atmósfera. La procedencia de los miasmas se adscribía a la putrefacción de materias orgánicas, tanto animales como vegetales” (Rodríguez Ocaña, 1992, p. 10). De esta forma, todos los lugares donde podía haber putrefacción como los cementerios, hospitales o mataderos fueron el blanco de intervenciones y saneamientos. A nivel general, la putrefacción se combatía con la desinfección y en el cuerpo mismo del paciente, a través de la “expulsión del mal”. La medicina de la época entendía que esa era la forma de cuidado, por lo que eran prácticas comunes las purgas y limpiezas a través de sangrías, enemas o vómitos. En este contexto la variolización, al introducir pus en una persona sana, estaba en el polo opuesto de las lógicas médicas del momento, generando así una imagen de contaminación del cuerpo.

Las resistencias a las que se enfrenta esta nueva práctica permiten comprender mejor, hay que decirlo, la representación tradicional de la epidemia. Los adversarios de la inoculación recuerdan la eterna imagen de las gangrenas expandiéndose por los órganos. Según ellos, sólo una descomposición puede explicar la viruela y sólo la depuración y la ausencia de contacto podrían evitar la difusión. Así pues, la inoculación voluntaria no es más que un acto alocado; agregarle mal al mal es comparable a echar un “barril de pólvora para apagar una fogata”¹² (Vigarello, 2006, pp. 184, 185).

De esta forma, se comprende que muchos médicos se opusieran a esta práctica y que quienes la aceptaban trataran de encajarla dentro de estos marcos de entendimiento sobre el funcionamiento del cuerpo y los cuidados de la salud. Por esta razón, los médicos que sí aceptaban la variolización prescribían antes un tratamiento depuratorio para debilitar y limpiar el organismo (Fenner et al., 1988). La misma Lady Montagu denunció las depuraciones en uno de sus escritos, reclamando contra las limpiezas y preparaciones que hacían los médicos occidentales, así como la forma en que

¹² La última frase es de P.V. Dubois, citada por Vigarello (2006).

introducían la pus, ya que estaban convirtiendo una práctica que “había sido segura en manos de mujeres turcas” en una “máquina de destrucción”¹³ (Grundy, 2000, p. 7)¹⁴.

Por otra parte, la variolización supuso un cambio paradigmático ya que introdujo una lógica preventiva en un momento en que lo reinante era una medicina curativa. Introducir un “mal” en un cuerpo sano, actuar en el presente para evitar un problema futuro, tratar de evitar una enfermedad que puede suceder pero que nadie puede asegurar, son lógicas propias de una nueva medicina que comienza a surgir en el siglo XVIII, pero que en ese momento todavía generaba resistencias. Tal como veremos más adelante esta nueva medicina iría acompañada de las primeras estadísticas, del concepto de riesgo y, sobre todo, de un nuevo rol de esta disciplina en la sociedad.

De esta forma, vemos que los debates sobre la variolización fueron allanando el camino y sentando las bases para posterior desarrollo de la vacuna jenneriana (Fenner et al., 1988). Tal como señalamos anteriormente, la vacuna no puede comprenderse sin su antecesora, la variolización. Así cuando Jenner publicó sus hallazgos sobre su vacuna, a fines del siglo XVIII, encontró menos resistencias desde el punto de vista de las lógicas médicas. Sin embargo, su vacuna generó otro tipo de desconfianzas y resistencias.

Cuando la vacuna jenneriana comenzó a difundirse, las rivalidades profesionales o el cuestionamiento a la eficacia de esta técnica fueron algunos de los aspectos más discutidos, incluso en el Parlamento británico. En 1802, cuando Jenner pidió una subvención al Estado británico se trató de determinar con una investigación parlamentaria si Jenner podía ser considerado como el “descubridor” de la vacuna. Esta investigación, que finalmente favoreció los argumentos de Jenner, duró varios años y contó con el testimonio de médicos tanto pro como antivacunación (Fernández Teijeiro, 2012). Uno de los aspectos que más reticencias inspiraron en el ámbito científico era que la vacuna jenneriana se había desarrollado empíricamente y no contaba con un marco teórico que la explicara y en otros sectores sociales, se desconfiaba del origen animal de la fuente vacunal. Además, su producción no era homogénea y en muchos

¹³ Traducción propia, en el original: “A procedure that was quite safe in the hands of Turkish women, she argues, is being converted by modern western medicine into an engine of destruction” (Grundy, 2000, p.7)

¹⁴ El mismo Jenner, de niño, habría sido sometido a una de estas preparaciones por cerca de seis semanas antes de ser variolizado (Fenner, Henderson, Arita, Jezek, y Ladnyi, 1988).

casos era ineficaz, transmitía otras enfermedades o tenía efectos secundarios. Ya 1802 se había formado la “*Anti-vaccine Society*” en Inglaterra, que difundió caricaturas satíricas que aludían a este origen animal y a sus posibles efectos en las personas.



Fuente: British Museum

(©Trustees of the British Museum. Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) license)

A pesar de estas desconfianzas iniciales, la vacuna jennericiana se expandió rápidamente por el mundo, no solo por las capitales europeas y Constantinopla, sino que para principios del siglo XIX ya había llegado a países asiáticos, africanos (Moulin, 2007) y territorios coloniales de América (Ramírez Martín, 2002). Con su difusión también llegaron nuevos conflictos y nuevas formas de resistencias que se expresarían de distintas formas, desde asociaciones organizadas como la “*Antivaccination Compulsory Leage*” en Inglaterra hasta levantamientos como la llamada “*Revolta da Vacina*” en Río de Janeiro. Tanto su difusión como los conflictos que generó deben comprenderse en el marco de la nueva forma en que los Estados asumieron su rol respecto a la salud de sus poblaciones.

La preocupación del Estado por la salud de su población

Aunque en Europa las primeras medidas de salud pública de carácter general surgieron con las grandes epidemias de la Edad Media, especialmente las más mortíferas como la Peste Negra, la preocupación sistemática por la salud colectiva se volvió un tema relevante con las doctrinas mercantilistas de los siglos XVI y XVII. Bajo esta filosofía los Estados absolutistas entendieron a su población como fuente de poder y riqueza, por lo que comenzaron a plantear explícitamente la importancia de la salud de sus habitantes en conjunto. Esto llevó a desarrollar una administración sanitaria que manejara y vigilara las medidas de salud colectiva que se estaban implementando (Rodríguez Ocaña, 1992).

Con el desarrollo capitalista de fines del siglo XVIII y principios del XIX y con la progresiva industrialización de ciertos países europeos como Inglaterra y Francia, y el consiguiente crecimiento demográfico de las ciudades, se volvió cada vez más central la preocupación de la población como fuerza productiva. Tal como sostiene Michel Foucault, en esta etapa:

El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica (1999b, p. 365 b).

Como destaca este autor, a partir de esta época el bienestar físico de las poblaciones se convirtió en un objetivo del poder político. Ya no se trataba de ocuparse solo de un grupo específico, los más débiles o los enfermos, sino de mirar al conjunto de los habitantes y buscar la manera de influir sobre su salud. Foucault utiliza justamente el ejemplo de las inoculaciones para dar cuenta de este proceso. “¿En qué consistirá al contrario el dispositivo que se instaura con la variolización y vacunación? Ya no en distinguir entre enfermos y no enfermos, sino en tomar en cuenta al conjunto sin discontinuidad, sin ruptura, de unos y otros –la población, en suma” (Foucault, 2008, p. 71) .

En este contexto es que se inscriben las primeras campañas masivas de inoculación. Tal como veíamos anteriormente, la variolización había sido una práctica muy antigua y aplicada en diversos territorios, pero solo en el siglo XVIII se implementó sistemáticamente, a gran escala y desde el Estado (Fenner et al., 1988). Sin duda, este hecho imprimió un punto de inflexión en la forma de abordar el problema de las enfermedades epidémicas centrándose ya no en los enfermos, sino en la población sana, lo que inscribió esta medida en una lógica preventiva y con una idea de lo que hoy entendemos por salud pública.

Esta nueva preocupación del Estado por la salud también supuso implementar una administración sanitaria a gran escala, lo que exigió la necesidad de desarrollar herramientas para la toma de decisiones. En el siglo XVII se habían comenzado a utilizar métodos cuantitativos que permitieran evaluar la fortaleza de la población y relacionarla con la prosperidad de un Estado, lo que se continuó desarrollando y ya en el siglo XVIII se contaba con toda una “tecnología de la población” (Foucault, 1999a) que permitía calcular probabilidades, riesgos, mortalidad, morbilidad, etc.

La variolización constituye uno de los primeros casos en que se utilizaron la lógica y las herramientas estadísticas para un argumento preventivo (Vigarello, 2006). Ante los debates que había por la posibilidad que conllevaba la variolización de contraer la enfermedad de la viruela, el problema fue planteado en términos de riesgos, ¿había más probabilidades de sufrir la enfermedad utilizando o no esta medida preventiva? Para responder, el secretario de la *Royal Society* de Inglaterra, James Jurin, realizó una serie de cálculos entre 1723 y 1727, a partir de la información de las partidas de defunción y de una encuesta hecha a inoculadores para llegar a la conclusión de que había más probabilidades de morir adquiriendo naturalmente la enfermedad que practicando la variolización (Fenner et al., 1988; Vigarello, 2006). De esta forma, la variolización inaugura la estadística de la prevención, lo que le habría dado a esta práctica un valor simbólico.

Otro punto a destacar de esta nueva preocupación del Estado por la salud de su población son las exigencias que implicaron para los individuos, lo que se llevó a cabo a través de mecanismos de responsabilización personal, una especie de “imperativo de la salud”, pero acompañado de imposición y obligatoriedad. Los ciudadanos tenían que responsabilizarse por su salud, en beneficio propio pero también del Estado (Porter,

2005). La discusión sobre la responsabilidad individual respecto a la propia salud, pero también en la forma en que afecta al conjunto, será clave en toda la discusión sobre la vacunación.

Los diversos aparatos de poder gestionarán los “cuerpos” no para exigir simplemente de ellos la donación de su sangre, o para protegerlos de los enemigos, ni tampoco para asegurar los castigos y obtener las rentas, sino para ayudarlos, y, si es preciso, obligarlos a conservar su salud. El imperativo de salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general (Foucault, 1999a, p. 331).

Otra consecuencia del desplazamiento del foco en la enfermedad individual a la salud colectiva supuso que la medicina ampliara cada vez más su campo de acción a otros ámbitos sociales. Así, se produjo un progresivo avance de lo que se denomina como “medicalización de la sociedad”, que siguiendo a Foucault se entiende como “el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesan englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (1999b, p. 122). De hecho, muchas de las resistencias populares a las medidas de salud implementadas por el Estado, han estado relacionadas con este proceso de medicalización sin límites. Algunos de los debates que analizaremos en el siguiente apartado, como la ampliación del “Estado Higienista” y las resistencias a la obligatoriedad de la vacunación en Inglaterra, pueden entenderse como formas de resistencia a lo que cierto sector de la sociedad inglesa consideraba como una extralimitación de la profesión médica.

El higienismo y los debates sobre obligatoriedad de la vacuna en Inglaterra

Durante el siglo XIX, especialmente en países industrializados como Alemania, Francia e Inglaterra, se abrió paso con fuerza la Higiene Pública o Higienismo entendido como un conjunto de saberes, prácticas e instituciones destinados a mejorar y controlar las condiciones ambientales y de salubridad social con el objetivo de influir en la salud de la población (Foucault, 1999b; Rodríguez Ocaña, 1992). A fines del siglo XIX y principios del XX, el Higienismo también tuvo una amplia repercusión en

Latinoamérica y especialmente en Chile, donde los médicos higienistas jugaron un papel importante en el cambio del rol del Estado respecto a la salud de su población.

Desde una perspectiva médica, la Higiene Pública se apoyó en la teoría miasmática y las explicaciones ambientalistas de las enfermedades colectivas, lo que dio pie a una serie de intervenciones del Estado sobre el espacio público, especialmente urbano, para eliminar las fuentes de suciedad, podredumbre o los malos olores sospechosos de originar miasmas. Y desde un punto de vista social, la mayor intervención del Estado a través de la disciplina de la Higiene Pública respondía a la creciente preocupación por la amenaza social y sanitaria que representaban los sectores más pobres. La creciente industrialización había creado una masa obrera que se había hacinado en determinados sectores urbanos donde algunas epidemias, como la del cólera de 1832 en Francia, fueron especialmente mortales (Vigarello, 2006). Además, la creciente movilización obrera y principalmente las revoluciones de 1848, también ayudaron a sensibilizar a los gobernantes sobre la conveniencia de tomar medidas que mejoraran las condiciones sociales (Gómez-Lus y González, 2010).

Los higienistas franceses fueron pioneros en introducir la variable socioeconómica en el estudio de la mortalidad y morbilidad. Louis René Villermé fue el primero en incluir en sus estudios estadísticos el nivel de renta de los habitantes según los distintos barrios de París y estableció claramente que quienes habitaban en los barrios más pobres de la ciudad morían más y a más temprana edad (Rodríguez Ocaña, 1992). Este hallazgo causó gran impacto, sin embargo, no derivó necesariamente en cuestionar e intervenir en aquellos aspectos que originaban la desigualdad social. En el caso francés, las explicaciones apuntaron a los aspectos morales de la clase trabajadora, serían los hábitos como el alcoholismo o la promiscuidad lo que derivaba en enfermedad y muerte. En el caso inglés estuvo presente el componente moral pero predominó lo ingenieril. Los trabajos estadísticos de William Farr, pionero en su campo, se basaron en la explicación medioambiental de las enfermedades y basándose en este trabajo Edwin Chadwick impulsó una serie de reformas de corte ingenieril que buscaban eliminar la “inmundicia” de las calles. Sin duda, fueron los reformistas alemanes, con Rudolf Virchow como representante, los que más hincapié hicieron en el aspecto social de la medicina. Virchow consideraba que la salud y la enfermedad de las personas estaban relacionadas con sus condiciones socioeconómicas, por lo que estos eran

asuntos tanto médicos como sociales (Lema Añón, 2012). La corriente que representa Virchow fue llamada “medicina social” y tuvo gran impacto en Latinoamérica, especialmente en Chile, donde posteriormente se encarnó en la figura de Salvador Allende, quien junto a otros médicos plantearon el problema de la salud de la población chilena como parte de los problemas sociales y malas condiciones en que vivía la mayoría de los habitantes.

Lo más relevante de las medidas higienistas es que la preocupación del Estado por la salud de sus habitantes se encarnó en instituciones, intervenciones sociales concretas y en el desarrollo de un aparato burocrático que administrara, vigilara y obligara a su cumplimiento. Así, se creó una administración pública de información estadística, control y ejecución de medidas sanitarias que mezclaban fuertemente la función médica con la vigilancia y la recolección de información. Entre las más reconocidas se encontraban la Policía Médica (*Medizinische Polizey*) en Alemania, la Junta General de Salud (*General Board of Health*) en Inglaterra o el Consejo de Higiene Pública y Salubridad (*Conseil d’Hygiène publique et de Salubrité*) en Francia, encargados de supervisar y ejecutar acciones que iban desde la desinfección de calles o mataderos hasta las campañas de vacunación.

De esta forma, esta dimensión higienista del Estado avanzó con fuerza protegiendo a los habitantes pero a la vez controlando e imponiendo nuevas obligaciones. Esto se ve claramente en la forma en que enfrentó la viruela como enfermedad colectiva a través de mecanismos de prohibición y obligatoriedad.

los gobiernos de varios países decidieron que la protección contra la viruela no era algo que podía ser dejado a la decisión individual. Primero, la variolización, como una fuente potencial de viruela, fue prohibida en Rusia en 1805, en Prusia en 1835 y en Gran Bretaña en 1840 (Edwardes, 1902). Después, la vacunación, usualmente de niños, fue declarada obligatoria en Bavaria (1807), Dinamarca (1810), Noruega (1811), Bohemia y Rusia (1812), Suecia (1816) y Hannover (1821). Gran

Bretaña y Francia lo hicieron mucho más tarde, en 1853 y 1902 respectivamente (Fenner et al., 1988, pp. 271, 272)¹⁵.

La obligatoriedad de la vacunación fue una de las medidas que generó más controversias científicas y formas de resistencias ciudadana. Durante el siglo XIX se formaron las primeras asociaciones contra la vacunación obligatoria en numerosos países, compuestas tanto por ciudadanos como médicos, abogados u otros profesionales. Entre las más destacadas se encuentran la *Anti-Compulsory Vaccination League* (1867) y la *National Anti-Vaccination League* (1896) en Reino Unido, la *Ligue Universelle des Anti-vaccinateurs* en Francia (1885), la *Anti Vaccination Society of America* en EEUU (1879). En el caso de Holanda se formó una agrupación compuesta principalmente por clérigos llamada *Bond ter Bestrijding van Vaccinedwang* en 1881 (Blume, 2006). Los ecos de las ligas antivacunación, especialmente la inglesa, también llegaron a América Latina aunque varios años más tarde y no con su nivel de organización. En Brasil, la *Liga Contra a Vacina Obrigatória* participó en la Revuelta de la Vacuna de Río de Janeiro en 1904, mientras que en Chile, el pintor Alfredo Helsby realizó algunas publicaciones autoproclamándose “corresponsal de la Liga Antivacunista de Inglaterra” y en 1911 se formó en Uruguay la “Liga Latino-Americana pro Libertad de Vacunación” que buscaba “conseguir que los Poderes Públicos se desentiendan completamente de la vacunación, dejándola librada al juicio de los señores médicos i sus clientes” (Helsby, 1911) y mientras no se consiguiera ese objetivo, la Liga se habría propuesto obtener una cláusula de conciencia en los países donde hubiera Ley de Vacunación Obligatoria.

Además de la argumentación contra la obligatoriedad de la vacunación, algunas de estas agrupaciones también planteaban sus dudas a partir de la eficacia y problemas asociados a la técnica misma y su aplicación concreta. Un ejemplo, era el hecho de que los países no estaban en condiciones de asegurar ni la producción ni la distribución masiva, incluso, en muchos casos ni siquiera una calidad mínima, otro, era que a través de la

¹⁵ Traducción propia, en el original: “the governments of several countries decided that protection against smallpox was not something that could be left to individual choice. First, variolation, as a potential source of smallpox, was banned in Russia in 1805, in Prussia in 1835 and in Great Britain in 1840 (Edwardes, 1902). Then vaccination, usually of infants, was made legally compulsory in Bavaria (1807), Denmark (1810), Norway (1811), Bohemia and Russia (1812), Sweden (1816) and Hanover (1821). Great Britain and France were to follow much later, in 1853 and 1902 respectively” (Fenner et al., 1988, pp. 271, 272).

técnica del “brazo a brazo”¹⁶ también se podían transmitir otras enfermedades como la sífilis. Además, algunos debates médico-científicos se relacionaban con que las corrientes iniciales del Higienismo estaban basadas en las teorías miasmáticas, que no diferenciaban la especificidad de cada enfermedad, lo que iba en contra de la lógica de la vacuna jenneriana que protegía solo contra la viruela. Por último, en algunos lugares el discurso de obligatoriedad y el intervencionismo en materia de salud fueron vistos como una extensión del poder del Estado y una intromisión en materia de libertades individuales.

Todos estos aspectos se pueden observar en uno de los casos más emblemáticos sobre la resistencia a la obligatoriedad de la vacunación como fue el que se desarrolló en Inglaterra desde mediados del siglo XVIII hasta principios del XX, donde se formaron algunas de las ligas antivacunación más importantes, como la *National Anti-Vaccination League*.

La primera vez que se reguló la vacunación en Inglaterra fue a través del *Vaccination Act* de 1840, en el que se estipulaba la vacunación gratuita para los pobres. La obligatoriedad vino posteriormente de la mano de una ley de 1853, que establecía la vacunación obligatoria para todos los menores de tres meses y se hacía responsable a los padres, quienes en caso de incumplimiento podían ser multados o enviados a prisión. Una nueva ley de 1867 ampliaría el alcance de las anteriores al establecer la vacunación obligatoria para todos los menores de 14 años, creando además una autoridad local, *Vaccination Officer*, para coordinar las aplicaciones y notificaciones (Porter y Porter, 1988).

Ya desde la ley de 1853 aparecieron las primeras resistencias públicas a la obligatoriedad de la vacunación, formándose organizaciones para lograr su abolición. Cuando se promulgó la ley de 1867 se fundó la *Anti-Compulsory Vaccination League*, posteriormente, en 1874 se creó la *National Anti-Compulsory League*, en 1880 la *London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination*, todas las cuales confluyeron en 1896 en la *National Anti-Vaccination League* (Porter y Porter, 1988).

¹⁶ La técnica “brazo a brazo” consistía en tomar pus de la pústula de un enfermo de viruela leve e introducirla en una persona sana.

Las organizaciones antivacunación pusieron el foco en el atropello que el Estado estaba haciendo de los derechos individuales y reclamaban que las personas pudieran decidir autónomamente sobre las cuestiones fundamentales de su vida, como su salud o la de sus hijos y se reclamaba que no se podía legislar sobre el cuerpo de un hombre sano.

Tal como destaca la historiadora Nadja Durbach (2002), el uso consciente de un lenguaje asociado al derecho y la ciudadanía en el discurso de las organizaciones antivacunación, expresaba la conformación de un sujeto moderno. Los mecanismos de presión que utilizaron también respondieron, por una parte, a esta nueva lógica de derechos y de ciudadanía y, por otra, a las posiciones sociales y capacidad de influencia de sus propios miembros. A la presión que ejercieron a través del lobby en el Parlamento inglés, se sumó la creación de sus propios medios de comunicación para expresar su opinión y ejercer influencia en la opinión pública.

Tal vez el medio de comunicación más representativo fue la revista de “*Vaccination Inquirer and Health Review*”, que salió por primera vez en 1879, y que fue creada para expresar el punto de vista de los “antivacunas”, ya que no estaban de acuerdo con el trato que recibían en los diarios tradicionales. En ella opinaban tanto médicos como ciudadanos sobre temas relacionados específicamente con la vacuna, pero también sobre concepciones más generales sobre la salud, las enfermedades, el cuidado y la alimentación.



Fuente: Archive.org

Aunque la ley de obligatoriedad de la vacunación no fue derogada, tanto las presiones en el parlamento como la acción de estos grupos sirvieron para relajarla y en 1898 se introdujo una cláusula de “objeción de conciencia”. Así, los padres que no cumplían con la ley podían recurrir a esta cláusula para solicitar un certificado de excepción y un magistrado determinaba si era aplicable al caso, diferenciando entre “objetores honestos” y “padres negligentes” (Durbach, 2002; Porter y Porter, 1988).

Uno de los debates más interesantes se desplegó a raíz de esta cláusula, porque puso en discusión la igualdad de condiciones que los ciudadanos tenían en la práctica para obtener el certificado de excepción. Como muchos de los solicitantes fueron personas de clase trabajadora y la mayoría mujeres se generó una discusión pública sobre la capacidad que tenían estos grupos para tener objeciones de conciencia. Muchos jueces y parlamentarios pusieron en duda la independencia de estos grupos para hacer elecciones médicas y éticas por sí mismos, así como la conveniencia de considerar a la mujer como objetora, ya que la custodia de los hijos correspondía al padre. Frente a esto, las organizaciones antivacunación apelaron a la igualdad de derechos de todos los grupos sociales y en gran medida debido a su presión, su lobby parlamentario y sus estrategias de comunicación se llegó a una nueva ley, que fue promulgada en 1907 y que permitía que cualquier persona, de cualquier clase o género, pudiera obtener un certificado de excepción para la vacunación sin tener que pasar por la decisión de un juez. De esta forma, aunque la ley de obligatoriedad no se eliminó, en la práctica perdió su carácter obligatorio (Durbach, 2002).

En los debates actuales, las ligas antivacunación inglesas son ampliamente utilizadas para ejemplificar que la oposición a las vacunas no son un fenómeno nuevo, aunque desde el discurso triunfalista se presentan como superados. Sin embargo, este caso también permite poner de relieve otros aspectos interesantes para el debate actual como la tensión entre las libertades individuales y el bienestar general; la resistencia a un modelo de salud y a la medicalización creciente o tal como hemos analizado en el caso de la “cláusula de conciencia”, que las formas de excepción legal pueden ser utilizadas desigualmente según el estatus social, la formación o el género de los ciudadanos.

La teoría microbiana y la vacuna de Pasteur

Hacia fines del siglo XIX se desarrolló la teoría microbiana (también llamada teoría de los gérmenes o germinal) de la mano de nombres como C. Davaine, F. Cohn, R. Koch, L. Pasteur y E. Klebs, que daba una nueva explicación al origen y el contagio de las enfermedades infecciosas. Como señalamos anteriormente, la teoría dominante en ese momento veía la causa de las enfermedades en los miasmas, esos vapores un tanto indefinidos que contaminaban el aire, y no distinguía la especificidad de cada dolencia. Justamente tanto la variolización como la vacuna de Jenner desafiaban este marco explicativo, ya que demostraban que había una forma concreta para prevenir una enfermedad determinada, planteándose así el tema de la especificidad de las enfermedades (Rodríguez Ocaña, 1992). En cambio, la teoría microbiana logró establecer con claridad que cada enfermedad era causada por un microorganismo específico y a partir de esa base se comenzó a trabajar en tratamientos y formas preventivas concretas para cada enfermedad.

El químico francés Louis Pasteur fue un pionero en la aplicación de esta teoría para el desarrollo de medidas preventivas, descubriendo la forma de atenuar virus y elaborar vacunas en laboratorio. A partir de una serie de experimentos, en 1880 Pasteur descubrió la forma de atenuar las bacterias del cólera de las gallinas y, posteriormente, comprobó que al inocular a las aves con estas bacterias atenuadas no solo no se enfermaron, sino que se volvieron resistentes a la enfermedad. A partir de allí trabajó en la atenuación deliberada, en laboratorio, de distintos microorganismos (bacterias y virus) y en 1885 dio un salto cualitativo al trabajar con seres humanos, inoculando por primera vez a un niño contra la rabia. Para denominar este tipo de procedimientos basados en la inoculación de microorganismos atenuados, Pasteur utilizó el término “vacuna” en honor a Edward Jenner (Albaladejo y Villanueva, 2010; Moulin, 1992). De esta forma, y aunque no se conocía todavía el funcionamiento del sistema inmunológico, nacieron las vacunas modernas y con ellas una promesa implícita: la de vencer a las enfermedades infecciosas.

Por lo tanto, el concepto moderno de vacunación, que implica el desarrollo de vacunas en laboratorio y utilizando el mismo agente que causa la enfermedad, se introdujo realmente con la vacuna del cólera de

las gallinas de Pasteur, cinco años antes de la famosa vacunación de Joseph Meister contra la rabia (Plotkin, Orenstein, y Offit, 2013, p. 4) ¹⁷.

La teoría microbiana significó una verdadera “revolución científica” en el sentido kuhniano¹⁸ de la expresión, es decir, un cambio de paradigma que llevó poco a poco a los científicos a abandonar (no sin conflictos) los marcos explicativos y prácticas anteriores. Este se considera un punto de inflexión en la historia de la medicina, que quedó vinculado al nombre de Pasteur y a las vacunas, que pasaron a ser todo un símbolo de los avances de la ciencia y la modernidad.

Esta nueva forma de hacer ciencia se reflejó en la llamada “escuela pasteuriana”, cuyos miembros se dedicaron a investigar, enseñar y prevenir con vacunas, especialmente, a través de la red de Institutos Pasteur instalados en distintos países, sobre todo en las colonias francesas, pero también en otras regiones como Latinoamérica. Los miembros de esta “escuela pasteuriana” compartían un espíritu, una especie de sentido de pertenencia y ciertas características: “este nuevo y radical enfoque incluía para ellos el compromiso con la teoría germinal de las enfermedades, la implementación de nuevas técnicas bacteriológicas y una nueva visión del campo de la epidemiología”¹⁹ (Moulin, 1992, p. 308). De esta forma, se universalizó una determinada manera de hacer ciencia y los métodos específicos de Pasteur pasaron a considerarse como leyes científicas universales (Moulin, 1992).

La difusión de las ideas y formas de hacer ciencia pasteuriana no siempre se llevó a cabo a través de la instalación de institutos en otros países, también funcionaba a la inversa, como un centro formador que atraía a numerosos profesionales. Entre fines del

¹⁷ Traducción propia, en el original: “Therefore, the modern concept of vaccination, involving the development of vaccines in the laboratory and using the same agent that caused the disease, was truly introduced with Pasteur's chicken cholera vaccine, 5 years before the famous vaccination of Joseph Meister against rabies” (Plotkin, Orenstein, y Offit, 2013, p. 4).

¹⁸ Para Tomas Kuhn las revoluciones científicas suponen “episodios extraordinarios” que se producen cuando hay una acumulación de “anomalías” en una tradición científica y se busca una nueva teoría que no solo supone nuevas explicaciones, sino una nueva mirada del mundo incompatible con la anterior. Se produce así un cambio en los compromisos profesionales, ya que se transforma la percepción del científico, lo que lleva a una pugna entre escuelas con distintos paradigmas. Para más información ver Kuhn, Tomas (1981) *La estructura de las revoluciones científicas* y González, Wenceslao (2004) *Análisis de Thomas Kuhn: Las revoluciones científica*.

¹⁹ Traducción propia, en el original: “this radically new approach included for them the commitment to the germ theory of disease, the implementation of new bacteriological techniques, and a fresh view of field epidemiology. [...] These particular methods of the great man Pasteur, developed in a historical context, were assimilated into universal scientific laws” (Moulin, 1992, p. 308).

siglo XIX y principios del XX muchos investigadores latinoamericanos viajaron a París a estudiar en el instituto Pasteur para luego replicar lo aprendido en sus países de origen e incluso abrir institutos o laboratorios para crear vacunas. Un ejemplo es el del brasilero Dr. Oswaldo Cruz que estudió en París y al regresar a Río de Janeiro creó el Instituto Sueroterapéutico Nacional o el del mexicano Eduardo Liceaga que aprendió la técnica de la vacuna antirrábica también en París para introducirla en México. Chile también ofrece un ejemplo interesante de esta transferencia:

En 1898, a su regreso del Instituto Pasteur, el Dr. Prof. Mamerto Cádiz estuvo a cargo de la sección Seroterapia del Instituto de Higiene, construyéndose bajo su supervisión el Pabellón de Seroterapia con los servicios de vacunación antirrábica y el de preparación de suero antidiftérico. Esta sección de Sueros y Vacunas fue la primera en su género en Sudamérica (García Moreno, 1989, p. 12).



*La preparación vacuna antirrábica en Chile, hacia 1910
(Memoria Chilena, s. f.-b)*

Este mismo mecanismo de universalización operó con la vacuna, que siendo originalmente una técnica específica utilizada para proteger contra una enfermedad concreta como la viruela, de la mano de Pasteur pasó a denominarse “vacunas” a todas aquellas formas de inoculación con microorganismos atenuados.

Un proceso de generalización que también operó con la oposición a la vacuna. A partir de entonces, quienes estaban en contra de la vacuna jennariana también pasaron a oponerse a todo tipo de vacunas, sin distinciones. La figura de Pasteur y el rechazo a la teoría microbiana estuvieron en el centro de los argumentos de estos grupos. Así queda recogido en varios artículos de la publicación *Vaccination Inquirer and Health Review* de la *London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination* de 1882:

No diremos más del Sr. Pasteur y su exitosa ovación en la Academia, y entre los viticultores y criadores de gusanos de seda- ovaciones que serán seguidas inevitablemente por desastres en el dominio de las técnicas médicas y veterinarias, quien asume que revolucionará con sus vacunas imaginarias, debilitadas, atenuadas o fortalecidas a voluntad ¡Reformar y revivir la Medicina! Él, quien no tiene ni el mérito de revelar un nuevo hecho sobre los fermentos o los virus; desde el tiempo de Hipócrates, el más humilde de los practicantes sabe perfectamente que los virus y los fermentos, así como los miasmas, vapores y gases son debilitados, atenuados o fortalecidos de acuerdo a las condiciones del medio en el cual existen, y al volumen de oxígeno o aire atmosféricos con el que entran en contacto (Boëns, 1882)²⁰.

A pesar de estas resistencias y desconfianza inicial de ciertos grupos, a principios del siglo XX la teoría microbiana ya se había difundido y consolidado en distintas partes del mundo. Se abrió así una etapa en la cual pasó a predominar una mentalidad

²⁰ Traducción propia, en el original: “We shall say no more of M. Pasteur and his successive ovation at the Academy, and the vine-growers and silk-worms breeders- ovations which will be inevitably followed by fresh disasters in the domains of medicals and veterinary art, which he assumes to revolutionise with his imaginary vaccines, weakened, attenuated or strengthened at will. Reform and revive Medicine! He who has not even the merit of revealing a new fact concerning ferment or virus; for, from the time of Hippocrates the humblest practitioner has known perfectly well that virus and ferments, as well as miasma, vapours, and gases, are weakened, attenuated and strengthened according to the condition of the medium in which they exist, and the volume of oxygen or atmospheric air which they are brought into contact”.

“etiopatológica” de la medicina, es decir, “el conocimiento científico de la enfermedad mediante la explicación causal de los fenómenos” (Gómez-Lus y González, 2010, p. 93). Al poder identificar a cada microorganismo causante de una enfermedad, también se estableció la promesa implícita de poder curarlas e incluso prevenirlas. La lógica preventiva está profundamente arraigada al riesgo y la probabilidad de objetivarlo y controlarlo gracias a los avances de la ciencia.

Frente a todas las resistencias que encontró inicialmente, la microbiología pasó a ser el fundamento científico por excelencia de la medicina preventiva. La teoría microbiana de la infección ofreció una explicación científica del contagio que se convirtió en la base doctrinal de una prevención rigurosamente técnica de las enfermedades infectocontagiosas (López Piñero y Bueno Cañigral, 2009, p. 48).

La teoría microbiana trajo profundas consecuencias para la Higiene Pública que “vio reforzados sus postulados *científicos-naturales* en detrimento de los sociológicos” (Rodríguez Ocaña, 1992, p. 40). Lo fundamental ya no era modificar las condiciones sociales, sino atacar a los microorganismos causantes de las enfermedades, con medidas como las desinfecciones de calles y hogares. Además, se había demostrado que el ser humano podía ser agente transmisor de enfermedades y que sus conductas podían afectar a otros, por lo que también se volvió central apuntar a los comportamientos individuales-familiares en su relación con la comunidad (Lema Añon, 2012).

En este contexto, los expertos sanitaristas bacteriológicos adquirieron un nuevo estatus y surgió todo un nuevo aparato tecnocrático. “La ola de esperanza y admiración pública que rodeó el éxito de la vacuna contra la rabia o el suero antidiftérico, multiplicó la autoridad de la medicina científica, fortaleciendo la posición tecnocrática” (Rodríguez Ocaña, 1992, p. 40).

Sin embargo, al poco tiempo se vio la limitación de las explicaciones basadas exclusivamente en esta visión científico-tecnocrática, especialmente para explicar las enfermedades colectivas o relacionadas con determinados grupos sociales. Así, a principios del siglo XX se comenzó a recuperar la tradición social y ambientalista de la Higiene Pública, derivando en lo que se ha llamado como “medicina social” (Rodríguez Ocaña, 1992). Como veremos más adelante, la tensión entre una visión más científico-

tecnocrática y las vertientes más cercanas a la medicina social, con enfoques más sociológicos, ambientalistas o contextuales, han sido parte relevante de los debates sobre salud pública y también sobre vacunación.

La vacunación fuera de Europa: colonialismo y construcción del Estado moderno

Desde sus inicios la vacunación se extendió rápidamente fuera de Europa, especialmente en los lugares donde la viruela era un problema de salud grave. La vacunación masiva fue una herramienta muy utilizada por los países colonialistas para mejorar la salud de la fuerza laboral local, para ganar aceptación entre los autóctonos y a la vez, para transformar estos lugares en ambientes más habitables y seguros para los mismos colonizadores. En estos casos, las formas de resistencia han sido diversas y no pueden generalizarse solo como un rechazo a la autoridad extranjera, ya que tanto la forma en que estas medidas fueron introducidas, como los conocimientos científicos o las prácticas medicinales locales también jugaron roles decisivos. Aspectos que también fueron relevantes cuando en el siglo XIX y XX muchos países ya independientes emprendieron procesos de modernización imponiendo un modelo europeizante, en el cual la vacuna se convirtió en un símbolo de avance científico y modernidad.

A continuación revisaremos algunos casos emblemáticos para dar cuenta de la diversidad y de las dimensiones políticas y sociales de los conflictos y las resistencias a las vacunas. El primero es el caso de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, en el que se analizan las confrontaciones producto de las rivalidades entre la administración central y las élites locales. El segundo caso es el de las resistencias que generaron las campañas de vacunación realizadas por los colonialistas europeos, entendidas por los locales como parte del poder colonial. En tercer lugar, el caso de la Revuelta de la Vacuna en Río de Janeiro, donde el proceso de modernización y su forma de implementación violenta desencadenó una verdadera revuelta popular. Y por último, daremos cuenta de la dimensión política del debate sobre la obligatoriedad de la vacunación en Chile.

La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna: choque de élites

La primera gran campaña de difusión de la vacuna en territorios coloniales fue la llamada “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna”, emprendida por la Corona española a principios del siglo XIX con el objetivo llevar el nuevo método preventivo contra la viruela a sus territorios de América y Asia. La Expedición estuvo a cargo del Dr. Francisco Balmis y contó con un presupuesto asignado por la Corona.

La viruela era un gran problema en América desde que desembarcara junto con los conquistadores españoles a fines del siglo XV, ya que se ensañó especialmente con la población indígena que no contaba con la inmunidad necesaria para resistirla y diezmó en gran parte a la población local (Watts, 2000). Así graficaba el problema de la viruela en tiempos coloniales el doctor chileno Adolfo Murillo:

Básteme recordar, sin embargo, que en muchas ocasiones los alzamientos de la raza indijena fueron detenidos sola i únicamente por este motivo, i que el poder español tuvo en la viruela su mejor aliado i su ausiliar mas importante. No fueron por cierto sus sables i sus arcabuces los que mas victimas hicieron entre los esforzados araucanos; fue aquella enfermedad de que nos hicieron presentes desde sus primeros años de la conquista (Murillo, 1883).

A principios del siglo XIX continuaban siendo frecuentes las epidemias de viruela y una preocupación para la Corona, que bajo la influencia del mercantilismo entendía la importancia de la población de las colonias como mano de obra y fuente de riqueza. En este contexto y en el marco de una serie de reformas borbónicas que tendieron a centralizar las decisiones y ejercer mayor control sobre las administraciones coloniales, Carlos IV ordenó organizar esta Real Expedición. La empresa partió desde La Coruña en 1803 rumbo a América y regresó en 1806 (aunque en algunos territorios continuaron subexpediciones hasta 1810), pasando por las islas Canarias, el Virreinato de Nueva España (Caribe, América Central, México y otros dominios españoles de América del Norte), donde una subexpedición partió a Filipinas y otra a diferentes ciudades del Virreinato de Nueva Granada (Colombia, Quito, etc.) y del Virreinato de Perú (Lima, La Paz, Cochabamba, Valparaíso, Santiago de Chile, Valdivia, etc.) (Ramírez Martín,

2002). Aunque inicialmente también estaba contemplado llegar al Virreinato del Río de La Plata, la muerte del jefe de esa parte de la expedición, José Salvany, y la situación que se vivía con las guerras de la Independencia no permitieron concluir esa etapa.

Llevar la vacuna a todos estos territorios fue un desafío logístico y también médico-científico. Para mantener una reserva de fluido vacunal se utilizaron 22 niños huérfanos de la Casa de Expósitos de La Coruña, quienes eran vacunados de dos en dos durante todo el trayecto y de esta forma, se aseguró que la vacuna llegara a destino. De acuerdo a un decreto real, la Expedición debía ser recibida adecuadamente por las autoridades coloniales, facilitando al Dr. Balmis y a sus colaboradores los medios para realizar las vacunaciones, así como proveer nuevos niños para continuar con el itinerario previsto. También estaba estipulado que cuando la Expedición partiera, debía quedar una organización local, la Junta Central de Vacunación, para asegurar la continuidad de las vacunas.

Habitualmente se considera la Expedición como una empresa exitosa y como un ejemplo del espíritu científico del siglo XVIII, en la que España habría llevado en forma desinteresada no solo un método para combatir la vacuna, sino el conocimiento y el progreso mismo a zonas atrasadas.

la Expedición no sólo es obra de unas determinadas personas, sino que es el fruto de unos logros científicos que se conforman en el tiempo y la consolidan como un bien para toda la humanidad.

Dejando al margen los hechos en sí, se debe destacar el papel de España como portavoz y difusor de las ideas científicas de su tiempo en América y Filipinas. Esta difusión no se ciñe a los territorios de la Corona Española, sino que es un bien que se propaga con carácter universal. Esta universalidad vendrá marcada por la seguridad que se tiene en la vacuna y en la humanidad que ofrece frente a una enfermedad mortal, como lo era la viruela en aquellos momentos. Éste es un paso previo para el desarrollo de la medicina racional en los territorios hispanos y un avance más en la tarea de aculturación por parte de España en sus territorios coloniales (Ramírez Martín, 2002, p. 13).

Sin duda, esta Expedición significó un gran esfuerzo para difundir la vacuna y fue un antecedente para las posteriores campañas internacionales de vacunación, pero es necesario matizar este “discurso triunfalista”. La Expedición no estuvo exenta de conflictos, especialmente entre la autoridad central y las locales, ya que entró en contradicción con las instituciones sanitarias propias de cada ciudad que ya realizaban muchas actividades para prevenir la viruela. Esto nos permite poner de relieve que la transmisión de conocimiento y tecnología, como fue el caso de la vacuna, no fue algo lineal y unilateral desde la Metrópoli. Tampoco las colonias fueron pasivas receptoras, ya que un hecho que no suele mencionarse en los relatos sobre la Expedición, o que es minimizado, es que las vacunaciones ya se practicaban en la mayoría de los lugares a los que arribaron los expedicionarios gracias a la iniciativa de médicos, científicos y autoridades locales. Así sucedió en la primera parada, la Isla de Puerto Rico, y en las siguientes como Cuba, Guatemala, Veracruz, Lima, La Paz, Cochabamba, etc. La vacuna también había llegado a aquellas zonas donde no alcanzó puerto la Expedición como Montevideo y Buenos Aires, y en el resto del territorio del Virreinato del Río de la Plata (Ramírez Martín, 2002).

En Chile la viruela había sido un problema de salud muy relevante desde la Colonia. El primer registro de una epidemia de viruela en el país es de 1561, que se originó con la llegada de un barco a La Serena y que causó una verdadera catástrofe, especialmente entre los indígenas (Camus y Zúñiga, 2007). Por esta razón, los médicos y autoridades locales buscaban soluciones activamente. El Fraile Pedro Manuel Chaparro había comenzado a practicar variolizaciones en Santiago desde 1765, siendo realmente un pionero en la introducción de esta técnica en América del Sur, ya que en esas mismas fechas en España no estaba extendida y se discutía sobre su aplicación. Fray Chaparro también fue el primero en aplicar la vacuna jenneneriana en 1805, que había arribado a Chile gracias al Virrey Sobremonte de Buenos Aires, quien había obtenido el fluido vacunal a través de los portugueses que viajaban a Brasil. De esta forma, cuando el enviado de la Expedición Balmis, Manuel Grajales, llegó a Valparaíso a fines de 1807, ya se había vacunado a más de 8.000 en Santiago (Laval, 1957). Una aplicación que no estuvo exenta de dificultades. *“El método fue tan resistido como el de la variolización y en los tres primeros meses no se logró aplicar el virus a más de cuatrocientas personas”* (Laval, 1957, p. 32). Sin embargo, las epidemias posteriores y la organización de las vacunaciones gratuitas lograron aumentar estas cifras, pero con

resultados limitados. Grajales contribuyó a la institucionalización gracias a la implementación de la Junta de Vacuna en 1808 para que sea una tarea continuada.

Como puede verse, desde que Jenner publicara sus hallazgos sobre la vacuna en 1798 y la llegada de la Expedición a América en 1804, es decir en un lapso de siete años, el conocimiento de esta técnica ya se había difundido por gran parte del continente y no se trató de hechos aislados. La rápida difusión respondió a varias razones. En primer lugar, la búsqueda de solución al problema que significaba la viruela en América donde las epidemias eran habituales y mortales. En segundo, antes que la vacunación se utilizaba la variolización como una práctica extendida, pero sus resultados eran inciertos y al igual que en Europa, en muchos casos desencadenaban brotes, lo que llevó a las autoridades y a los médicos a involucrarse para tratar de mejorar esta práctica, buscando alternativas. En tercer lugar, las élites científicas coloniales participaban en los circuitos internacionales de transmisión de conocimientos y realizaban sus propios estudios e investigaciones. Y por último, tal como señalan Aceves y Morales (1997) para el caso de Nueva España, en territorios coloniales existía una estructura organizativa e institucional propia encargada de la salud de la población como el Ayuntamiento, el Protomedicato, la Iglesia y organizaciones civiles ligadas a la caridad que, entre otras cosas, tomaron a cargo la vacunación.

las medidas impulsadas desde España para fomentar la salud y erradicar la viruela fueron dictadas sin tomar en cuenta que la Nueva España también contaba con una organización y una infraestructura sanitarias destinadas a los mismos fines. A nivel local ya se había logrado implementar un cuerpo de medidas estructuradas para hacer frente a los ataques de la viruela, tarea en la que se hallaban involucradas diversas autoridades e instituciones, y una organización profesional provista de instrumentos, métodos teórico-prácticos y publicaciones científicas (Aceves y Morales, 1997, pp. 171-172).

Por esto, cuando llega la Expedición de Balmis enviada desde la metrópolis con un marcado carácter centralista se produce un choque con las organizaciones políticas y sanitarias locales. Muchos de los registros de estos problemas quedaron formalizados por Balmis en cartas e informes a la Corona, en las que se quejaba de los médicos que habían introducido previamente las vacunas, acusándolos de no tener o con segundas

intenciones. Por ejemplo, en el caso de Puerto Rico, el primer lugar donde arribó en América y donde la vacunación ya se había practicado previa y masivamente, de acuerdo a Moratinos y Evaristo (2004), Balmis se había quejado y atribuido este adelanto “a un intento de las autoridades de hacer méritos frente a la Corona, más que para evitar la enfermedad, asegurando que la vacunación no se realizó con el rigor exigido para ello ni con el protocolo necesario para garantizar su eficacia” (p. 165).

En Lima, cuando llega una subcomisión encabezada por José Salvany en 1806, la vacuna ya estaba difundida a partir del fluido vacunal traído desde Buenos Aires y la Expedición no es apoyada por autoridades locales. Salvany, al igual que lo haría Balmis se queja de las actuaciones locales. “La experiencia limeña no es muy positiva para Salvany, ya que denuncia que los facultativos de esos territorios habían propagado la vacuna sin precaución ni método hasta el punto de envilecerla y de comerciar con ella” (Ramírez Martín, 2002, p. 169).

La situación fue similar en México donde la vacuna se había difundido casi al mismo tiempo que en Europa. Aceves y Morales (1997) destacan que la vacunación estaba avanzada cuando llegaron los expedicionarios, quienes pusieron inmediatamente en duda la calidad del trabajo realizado, desatando problemas y generando falta de apoyo local. “Como resultado, la política sanitaria local y la expedición metropolitana se contrapusieron y en su contradicción originaron los conflictos políticos y personales acontecidos” (Aceves y Morales, 1997, p. 184).

En este caso es relevante destacar que las élites médicas y científicas de la Nueva España eran generadoras de conocimientos y prácticas científicas que activamente buscaban dar respuesta a los problemas locales.

Una vez obtenida la vacuna, en 1804, el proceso de los intercambios científicos en la Nueva España no sólo se manifestó en la transportación y conservación del agente infeccioso, atenuado a través de la vacunación de brazo a brazo o bajo la forma de costras, sino también en la protección efectiva contra la viruela obtenida por varios miles de personas. Todo ello implicó el intercambio de libros, conocimientos teóricos, métodos y prácticas.

Estos intercambios, aunados a la infraestructura física y profesional-administrativa del área sanitaria, hicieron posible la generación de nuevos conocimientos que se materializaron en la elaboración de planes vacunales, cartillas, métodos para la conservación de la vacuna y en la enseñanza profesional (Aceves y Morales, 1997, p. 200).

De esta forma, vemos que esta Expedición estuvo inserta en un contexto político de tensión entre las medidas centralistas y las administraciones locales. En la actualidad se considera a la Expedición Filantrópica de la Vacuna como la primera campaña internacional de vacunación y desde entonces se puede apreciar la importancia de tener en cuenta tanto las infraestructuras como las prácticas y conocimientos locales.

El colonialismo europeo del siglo XIX y la resistencia a las campañas de vacunación

En Asia y África la medicina jugó un rol relevante durante el colonialismo europeo del siglo XIX, tanto para controlar las enfermedades que dificultaban el avance militar y el asentamiento de los colonizadores, como para tratar de ganar la aceptación de los pobladores locales. Así, la medicina fue parte de las estrategias de combate y de propaganda a la vez. Este protagonismo se tradujo en la formación de médicos militares, en la instalación en las colonias de sedes de los principales centros de investigación europeos, como el Instituto Pasteur, y en el desarrollo de una disciplina específica: la medicina tropical, con centros de estudios especializados en las metrópolis como el *London School of Tropical Medicine* (Caponi, 1997).

La medicina que se impuso en las colonias era parte de la forma en que se entendía la relación con los territorios subordinados, con una mirada dicotómica en la que la civilización quedaba representada por la medicina y la ciencia de occidente, mientras que al otro lado solo era posible el terreno de la ignorancia, el atraso y la superstición.

Las vacunaciones masivas fueron de las primeras y más constantes medidas de salud preventivas que implementaron los colonizadores desde su llegada (Arnold, 1993; Schneider, 2009). Algo que no era de extrañar, ya que la viruela era un importante

problema de salud en países como la India o en amplios sectores de África, y la vacuna de Jenner era una medida que se popularizó en las principales metrópolis durante el siglo XIX, por lo que resultó lógica su exportación a los territorios recién colonizados.

Inicialmente, tanto los ingleses como los franceses consideraron que la vacuna jenneriana sería bien recibida por la población de las colonias, ya que sería una muestra de su humanitarismo y confiaban en que la superioridad de la medicina occidental hablaría por sí misma. Sin embargo, esto no fue así. La vacunación enfrentó diversas formas de resistencias de acuerdo a las características de cada lugar, así como a la resistencia a la autoridad colonial, a las relaciones de confianza o a la forma en que fue implementada.

En algunos casos, como en India, el proceso de aceptación de la vacuna fue lento (abarcó casi todo el siglo XIX) y compitió con la variolización, que era una práctica muy extendida en la zona, realizada por personas que contaban con la confianza de la comunidad y que tenía un carácter ritual-religioso²¹. En cambio, la vacunación jenneriana traída por los británicos era de carácter secular, estaba identificada con la dominación extranjera e inicialmente tenía muchos fallos técnicos, por lo que no fue tan evidente la supremacía de la medicina occidental (Arnold, 1993).

La resistencia a la vacunación también tuvo su expresión como rivalidad con la variolización en Argelia. Cuando en 1830 Francia ocupó este territorio, una de las primeras medidas que buscó implementar fue la vacunación jenneriana, pero los autóctonos continuaron prefiriendo la antigua práctica de la variolización (Fenner et al., 1988; Moulin, 2007).

En Argelia se registra desde hace mucho tiempo la existencia de una variolización popular, practicada a menudo entre el pulgar y el índice. La variolización surgía como el aprovechamiento natural de una viruela benigna, aparecida espontánea y providencialmente ('viruela de Dios'). Ella estaba opuesta a la 'viruela del gobierno', misteriosa e inquietante,

²¹ La variolización era acompañada por una serie de ritos e invocaciones a Sitala, la diosa de la viruela, para pedir su protección. Creer en esta deidad era una forma alternativa de explicar la enfermedad, ya que las causas y el tratamiento estaban fuera del alcance incluso de los médicos locales. Para más información sobre el aspecto ritual y religioso de la variolización ver Arnold (1993).

sospechosa por definición, en las villas como en los aduare²² (Moulin, 1999a, pp. 984, 985).

En este caso la rivalidad entre la variolización y la vacunación era una traducción en términos simbólicos de una disputa política y territorial. Sin embargo, tal como señala Moulin (1999a) sin bien este tipo de resistencias estuvo relacionada con el rechazo a la ocupación extranjera y a una autoridad no reconocida, también fue una reacción a la forma violenta de su implementación y a los fallos mismos que tuvo la vacuna en ese contexto. “En demasiadas ocasiones éstas perdían su eficacia y se originaba una pérdida de confianza entre la población hacia el método, alentada por los detractores autóctonos, partidarios de la antigua variolización” (Tuells, 2009b, p. 24). La técnica “brazo a brazo”²³ que se utilizó inicialmente para vacunar generaba mucha desconfianza, por una parte, porque se podían contraer otras enfermedades como sífilis y por otra, por el rechazo cultural debido a la asociación con “la mezcla de sangre” con infieles o extranjeros (Moulin, 1999b).

La aceptación de la vacuna creció hacia fines del siglo XIX y principios del XX, cuando mejoró su calidad y por lo tanto, la experiencia de la población local con las mismas. La microbiología, la instalación de centros de investigación como el Instituto Pasteur, que llegó con la expresa misión de extender la vacuna y la investigación de los médicos militares fueron relevantes para desarrollar vacunas que se adaptaran a las condiciones africanas, como la vacuna seca, termoestable y transportable desarrollada en 1917 (Tuells, 2009b).

Aunque los médicos y las autoridades extranjeras simplificaron en muchos casos la resistencia a la vacunación atribuyéndola a los prejuicios y supersticiones de la población autóctona, tal como vimos en los casos de India y Argelia, el rechazo a esta medida y la preferencia por la variolización se dieron en un marco de tensión entre las

²² Traducción propia, en el original: “*En Algérie on relève de longue date l’existence d’une variolisation populaire, pratiquée le plus souvent entre le pouce et l’index. La variolisation apparaissait comme l’exploitation naturelle d’une variole bénigne, apparue spontanément et providentielle (“variole de Dieu”). Elle va être opposée à la “variole du gouvernement”, mystérieuse et inquiétante, suspecte par définition, dans les villes comme dans les douars*”.

²³ La técnica “brazo a brazo” consiste en tomar pus de la pústula de un enfermo de viruela leve para introducirla en una persona sana.

autoridad extranjera y la población local, que desconfiaba de los reales motivos de los colonizadores (Moulin, 1999b). La resistencia también fue el resultado de una experiencia negativa debido a la forma de su implementación, que no respetó aspectos culturales ni religiosos, y a los fallos técnicos que tenía la vacuna en un principio.

La aceptación de la vacuna fue lenta y en muchos lugares persistió el uso de la variolización que, tal como señala Fenner (1988), todavía era practicada en algunas zonas de África cuando la OMS lanzó la campaña global de erradicación de la viruela en 1966.

La Revuelta de la vacuna en Brasil: resistencia a una modernización excluyente

Uno de los hechos más conocidos de resistencia popular a la vacunación es la llamada “*Revolta da vacina*”, producida en 1904 en Río de Janeiro, entonces capital de Brasil. En este caso el rechazo popular no estuvo relacionado con la autoridad extranjera como vimos con los anteriores, sino con la clase política nacional y sus disputas por la construcción de un nuevo tipo de Estado más o menos excluyente.

Después de que el gobierno de Rodrigues Alves declarara obligatoria la vacunación contra la viruela, una tendencia ya seguida en Europa, se produjo una verdadera rebelión popular que se apropió de la ciudad durante una semana, con miles de personas que salieron a las calles, formando barricadas, peleando organizadamente y cortando el transporte público como protesta contra la medida. La represión policial fue brutal y el resultado fueron más de 20 muertos, cientos de heridos y miles de prisioneros (Moulin, 1999b).



Caricatura de Leonidas Freire, 29 de octubre de 1904, publicada en la revista O Malho, N°111

La ley se promulgó en el marco de una serie de reformas que buscaban modernizar la capital brasileira y que tuvo tres pilares: el mejoramiento urbanístico y embellecimiento de la ciudad buscando su “europeización”; la modernización del puerto para dar mejor salida a las agroexportaciones y producción industrial, y por último, la erradicación de enfermedades que eran un problema de salud y que tan mala fama le habrían dado a la ciudad (Needell, 1987; Tuells, 2009a).

Las enfermedades como la fiebre amarilla, la peste bubónica y la viruela eran problemas graves para el país y, en especial, para Río de Janeiro que como puerto tenía mucha circulación de personas y mercancías. Desde que se proclamara la República (1889) y la abolición de la esclavitud (1888) Río había crecido espectacularmente con el consiguiente hacinamiento en barrios pobres, que se habían situado en el centro histórico de la ciudad. Las malas condiciones de vida de los sectores más precarios y trabajadores del puerto eran caldo de cultivo para las enfermedades.

Combatir estas enfermedades fue una parte importante del plan modernizador de Río y como cabía esperar de un Estado que se preciara de moderno, esto se haría de la mano

de los últimos avances científicos y de las nuevas corrientes médicas de Europa, en especial, de la microbiología pasteuriana. Al igual que en otras zonas de América Latina, como fue el caso de México (Rodríguez de Romo, 1996), el gobierno de Brasil tomó a las vacunas como un símbolo de modernización. La empresa transformadora estuvo a cargo del director general de Salud Pública, Oswaldo Cruz, un médico reputado que había pasado por el Instituto Pasteur de Francia y que una vez de vuelta en Brasil había inaugurado el Instituto Sueroterápico Federal para elaborar sueros y vacunas contra la peste bubónica.

La transformación emprendida por Oswaldo Cruz fue un buen ejemplo del vuelco que tomó el Higienismo tras los descubrimientos de la microbiología de fines del siglo XIX. Como analizamos anteriormente, la microbiología le dio una nueva base científica al Higienismo, alejándose así de las teorías miasmáticas. Los higienistas se abocaron a encontrar los microorganismos causantes de las enfermedades, así como eliminar a sus portadores, pero a la vez dejaron de lado los postulados más sociales que buscaban explicaciones para las enfermedades teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de los afectados.

Las primeras campañas de salud que se realizaron fueron las de la fiebre amarilla y la peste bubónica con un marcado carácter militarista y autoritario (Tuells, 2009a). Se crearon brigadas sanitarias que se encargaron de eliminar aguas estancadas, desinfectar calles, denunciar las viviendas en mal estado para derribar aquellas que no cumplían con ciertos requisitos. El derribo de casas o edificios en el centro antiguo, que coincidió con el objetivo de reordenar y embellecer la ciudad, creó gran malestar en la población pobre que de un día para el otro se vio en la calle y se tuvo que trasladar a las zonas periféricas, formando así las primeras favelas.

De esta forma, cuando se produjo un nuevo brote de viruela en 1904 y como respuesta Oswaldo Cruz propuso la promulgación de una nueva ley obligatoria²⁴, ya había un clima de hostilidad hacia las medidas sanitarias emprendidas desde el gobierno. El debate sobre la ley de obligatoriedad en el Congreso fue arduo y esto fue aprovechado por los grupos políticos opositores, especialmente los militares, para llamar a la revuelta.

²⁴ Con anterioridad se había promulgado una ley obligatoria contra la viruela en Brasil pero no tuvo efecto en la práctica.

Para comprender la magnitud y la movilización que alcanzó de la revuelta es necesario traspasar el hecho de la promulgación de esta ley y los debates centrados en ella. En primer lugar, Needell (1987) destaca importancia del contexto político previo al estallido, marcado por dos décadas de convulsiones, donde la lucha por la proclamación de la República y la Abolición de la Esclavitud habían acrecentado la violencia callejera, la politización de las clases medias y la división de las élites. En segundo lugar, el camino a este estallido estuvo pavimentado por la confluencia de intereses de diversos grupos, incluso contradictorios, que iban desde opositores políticos a un gobierno de carácter oligárquico como estaba considerado el de Rodrigues Alves; pasando por militares que intentaron una rebelión militar; monárquicos que querían restaurar el régimen anterior; estudiantes y personas de clase media que proclamaban la libertad de derechos; trabajadores y grupos más pobres de la ciudad que fueron los grandes afectados por las reformas urbanas; organizaciones de trabajadores como el *Centro das Classes Operárias* que pedían mejoras para los trabajadores, hasta la Iglesia Positivista, que con ideas darwinianas creía que no había que interferir en la adaptación y selección de los más fuertes. Muchos de los representantes de estas organizaciones también figuraban en la Liga contra la Vacuna Obligatoria (Needell, 1987).

Tal como señala Needell (1987), esta revuelta ha sido muchas veces interpretada, incluso por el mismo gobierno de Rodrigues Alves, como una resistencia a la “modernización”, sin embargo, el autor destaca que los opositores en realidad lo que querían era otro modelo de modernización, tal vez menos excluyente.

Es claro que los Jacobinos esperaban instituir una república paternalista y autoritaria de regeneración nacional, favoreciendo el proteccionismo e intervencionismo estatal, con las clases media-urbana y trabajadora como apoyo. Estos no eran “antimodernistas”, sino más bien diferentes “modernizadores”, favoreciendo una senda mucho más radical e inclusiva que la oligarquía Paulista²⁵ (Needell, 1987, p. 247).

²⁵ Traducción propia, en el original: “It is clear that these Jacobinos hoped to institute a paternalist and authoritarian republic of national regeneration, favoring state interventionism and protectionism, with urban middle-class and working class support. These were not “antimodernists”; rather than they were different “modernizers”, favoring much more radical and inclusionary path than the Paulista-led oligarchies” (Needell, 1987, p. 247).

Anne Marie Moulin (1999b) destaca que la revuelta popular, lejos de ser una resistencia a la “modernidad”, fue un rechazo a una mala experiencia. Una medida implementada de una forma violenta y verticalista, justificada por una determinada visión médico-científica de la que la vacuna era todo un símbolo. Por último, no debe olvidarse que había cuestionamientos sobre la vacuna en sí y sus efectos secundarios. El uso de animales como fuente de la linfa vacunal despertaba recelos y la técnica del “brazo a brazo” era objeto de debate y controversia también en Europa debido a la transmisión de otras enfermedades. El uso de niños como reservorios humanos también generaba protestas y miedos entre los padres. Además, en Brasil también había una tradición previa de variolización y rituales de origen africano para mantener alejada la enfermedad, los que entraron en confrontación con las nuevas medidas.

De esta forma, el caso de la *Revolta da Vacina* de Rio de Janeiro muestra como la vacunación se convirtió en el símbolo de un determinado modelo socioeconómico y médico-científico, que por lo mismo, fue rechazada por otros sectores sociales.

La obligatoriedad de la vacuna en Chile: la dimensión política del debate

La obligatoriedad de la vacuna fue un tema controvertido en la mayoría de los países donde fue implementada por primera vez y Chile no fue una excepción. A pesar de que la viruela había sido uno de los principales problemas de salud pública para los chilenos desde la época de la colonia, concretar una ley de vacunación obligatoria fue un proceso complejo y muy resistido políticamente.

La propuesta de una ley para la implementación de la vacunación obligatoria, presentada en 1877 por el diputado y médico Ramón Allende Padín, generó un arduo debate en el Congreso de Diputados y en el Senado, que finalmente concluyó en 1882 con el rechazo del proyecto de ley (Urtubia, 2006). Unos años más tarde, en 1887, el Presidente Balmaceda decretaría una ley de vacunación obligatoria para los recién nacidos, pero habría que esperar hasta 1918 para que se promulgara una ley que abarcara a toda la población. Desde que se rechazara la primera ley de vacunación obligatoria hasta que se alcanzó una ley de carácter universal pasaron cerca de 40 años, un período clave en el que diversos actores políticos y sociales disputaron los límites y

alcances que debía tener el Estado. En este contexto, el debate sobre la obligatoriedad de la vacuna trascendió el ámbito sanitario, adoptando una clara dimensión política. Tal como veremos a continuación, el rechazo o la aprobación de estas leyes fueron de la mano de las transformaciones de la sociedad chilena, de los actores políticos y del rol que el Estado fue asumiendo con respecto a la protección social en general y de la salud de la población en particular.

Al igual que el debate que analizamos anteriormente sobre la ley de obligatoriedad en Inglaterra que se desarrolló por la misma época, el eje de la discusión fue la tensión entre quienes abogaban por la necesidad de que interviniera el Estado para proteger la salud de la población y quienes consideraban esto como un atropello a las libertades individuales, especialmente cierto sector de los liberales. El debate se llevó a cabo principalmente a nivel parlamentario y si bien hubo algunas formas de resistencia activa por parte de algunos ciudadanos, en ningún caso se alcanzó a formar una organización con la fuerza de la *National Anti-Vaccination League* inglesa o revueltas populares como en Río de Janeiro.

Un aspecto fundamental para comprender las posturas de este debate y el rechazo a esta ley es que en Chile, a fines del siglo XIX, la salud era considerada como un problema individual y privado de las personas y quienes no podían costearse atención médica, quedaban en manos de la Beneficencia, que estaba a cargo de una oligarquía filantrópica, católica y de “espíritu caritativo” que controlaba los hospitales, lazaretos y asilos (Camus y Zúñiga, 2007; Urtubia, 2006). El rol del Estado en materia de salud era mínimo y más bien subsidiario de la Beneficencia, por lo que no es de extrañar que quienes se opusieron al proyecto de ley de vacunación obligatoria entendían que el Gobierno se estaba extralimitando en sus funciones. La oposición provenía tanto de los sectores más conservadores acostumbrados a manejar la Beneficencia Pública como de los liberales más radicales, preocupados por limitar las acciones del Estado y más específicamente, del Ejecutivo. Las transformaciones económicas de fines del siglo XIX y las necesidades prácticas de solucionar los problemas sociales llevaron a determinados actores, como los médicos higienistas o cierto sector liberal de carácter reformador, a reclamar la mayor injerencia del Estado en materia de protección social.

Tal como revisamos en el caso europeo, las epidemias han forzado a las autoridades a tomar las primeras medidas de salud a nivel colectivo, pero fueron otros cambios como

la profundización del capitalismo, la industrialización y la presión por las crecientes tensiones sociales, lo que llevó al Estado a preocuparse de manera explícita y sistemática de la salud de la población, entendida como fuente de mano de obra y riqueza. Un cambio similar sucedió en Chile en este período. Aunque las epidemias de viruela eran algo regular en el país y había servicios de vacunación gratuitos desde la época de la colonia, solo a fines del siglo XIX se planteó la necesidad de una ley de vacunación obligatoria, justamente cuando se estaban produciendo una serie de transformaciones socioeconómicas, como la incipiente industrialización del país, la modernización del campo, el impacto de la industria salitrera, la migración masiva a las ciudades, el aumento del hacinamiento, las crecientes tensiones sociales, etc. Si bien hasta entonces Chile tenía algunos de los peores indicadores de salud a nivel mundial²⁶, en este contexto de cambio la salud de la población adquirió otro valor, especialmente para una burguesía que clamaba por “orden”, “progreso” y “civilización”. La salud de los ciudadanos ya no podía estar solo en manos de la caridad ni de la Iglesia, el Estado debía tomar un rol más activo, pero esto iba a provocar tensiones y resistencias entre distintos sectores de la élite gobernante. En el marco de estas transformaciones es que surge el debate que revisaremos sobre la obligatoriedad de la vacuna.

El debate de la ley

Desde que la viruela llegó al territorio chileno de la mano de los colonizadores españoles, las epidemias de esta enfermedad fueron devastadoras, especialmente para la población indígena local que estaba desprovista de la inmunidad necesaria para combatirla. Hacia fines del siglo XIX, la enfermedad se había vuelto tan común y estaba tan arraigada que se consideraba endémica, aunque de vez en cuando seguían produciéndose brotes epidémicos más violentos. Así graficaba la gravedad de la situación el Dr. Adolfo Murillo durante la discusión parlamentaria sobre la ley obligatoria en 1882:

Cuando se puede juzgar de cerca lo que es esta terrible epidemia de viruela, las víctimas numerosas que hace, los millares de vida que

²⁶ A fines del siglo XIX Chile tenía una esperanza de vida entre 27 y 28 años, la mortalidad general era de 35 a 40 por mil habitantes en zonas urbanas como Concepción y Santiago, y la mortalidad de niños menores de 10 años era de 300 por mil (Camus y Zúñiga, 2007).

arrebata de ordinario en la flor de la existencia; cuando se toca de cerca esta horrible llaga social, que ha llegado a ser endémica entre nosotros; cuando se la ve en toda su repugnante desnudez i se la combate en el lecho del dolor; cuando se considera que ella es una causa poderosa de despoblación, de aniquilamiento; i cuando se piensa que su renovación periódica exacerbada constituye una verdadera afrenta para un país civilizado, no se puede ménos que aceptar con toda tranquilidad de conciencia cualquier medio, cualquier arbitrio que sin lastimar los intereses jenerales, tienda a hacerla ménos peligrosa o a disminuirla (Murillo, 1883, p. 4).

Tal como vimos anteriormente, tanto la variolización como la vacuna fueron implementadas tempranamente en el territorio chileno por el fraile y médico Pedro Manuel Chaparro. Desde 1765 Fray Chaparro venía realizando variolizaciones hasta que en 1805 llegó a Chile la vacuna jenneriana enviada desde Buenos Aires por el virrey Sobremonte, quien la obtuvo de los portugueses que viajaban a Brasil. Ese mismo año comenzaron las vacunaciones en el centro de Santiago y cuando en 1807 arribó el representante de la Comisión Balmis, Manuel Grajales, en Santiago ya se habían vacunado a más de 8.000 personas (E. Laval, 1957). Uno de los méritos de Grajales fue organizar la primera Junta de la Vacuna que con las guerras de Independencia se disolvió, pero ya en los primeros tiempos de la República, Diego Portales la refundó en 1830 creando la Junta Central de la Vacuna de Santiago.

Desde entonces existió un servicio de vacunación gratuito a cargo del Gobierno y de la Iglesia, aunque no era una medida universal ni obligatoria y con muchas limitaciones en cuanto a su producción y distribución por el resto del país, especialmente en zonas rurales. Sin embargo, a pesar de contar con este servicio gran parte de la población simplemente no acudía a vacunarse. Si bien algunos políticos señalaban que quienes no se vacunaban eran las personas más “pobres” e “ignorantes”, tampoco hay una constancia de que los sectores más acomodados sí lo hicieran (Cabrera, 2012). Lo que sí era constatable es que las epidemias de viruela afectaban mucho más a quienes vivían hacinados, en peores condiciones y sin acceso a cuidado médico. Murillo destaca el bajo porcentaje de las vacunaciones para la epidemia de 1876:

Pero para no salir de fuentes de informaciones mas próximas i bien seguras, hare notar que de los 5,808 entrados a los lazaretos durante la epidemia que hubo en Santiago en 1876, solo el 10,39 por ciento estaban anotados como vacunados. I de éstos, muchos no tenian señal alguna de vacuna. De modo que tenia sobrada razon la junta central de Lazaretos para decir que una de las causas principales de los estragos que habia hecho entre nosotros *era la falta de vacunacion en la gran mayoria de nuestro pueblo, por el horror con que miran la inoculacion del benéfico flúido* (Murillo, 1883, p. 20).

Las razones por las que la gente no se vacunaba no estaban claras, algunos como Murillo (1883) hablaban de “miedo”, especialmente a contraer otras enfermedades como la sífilis, otros como el médico Pedro O’Rian culpaban a la “ignorancia” y “superstición” del pueblo (Cabrera, 2012). Este rechazo también es descrito como una resistencia “pasiva”, más relacionada con los inconvenientes que conllevaba como perder un día de trabajo o por las molestias físicas como la fiebre (Cabrera, 2012). Sin embargo, cuando el miedo a la enfermedad era más fuerte debido a las epidemias, sí aumentaban las vacunaciones sin importar estas molestias. De acuerdo a la interpretación de Cabrera, más que los inconvenientes prácticos, los factores más relevantes eran la falta de confianza y el temor, “la vacunación era rechazada por una desconfianza de los sectores populares en la medicina científica y, en términos más generales, en las autoridades o gobierno” (Cabrera, 2012, p. 71).

Los bajos porcentajes de población vacunada y los estragos que causaban las epidemias llevaron a los médicos, principalmente a los higienistas, a plantear la necesidad de una ley de vacunación obligatoria. La discusión en el Congreso fue acalorada, donde los liberales más intransigentes se opusieron a la ley porque la consideraban un ataque a las libertades individuales y una imposición autoritaria del Gobierno.

En el fondo, la batalla no es contra la vacuna en sí, pues todos están de acuerdo en que puede ser un beneficio para los más desposeídos, sino que la guerra va en contra del autoritarismo del Ejecutivo, en una búsqueda de frenar sus extendidas facultades en aras de generar un equilibrio en donde el Parlamento tuviera una parte importante del poder (Urtubia, 2006, p. 191)

De alguna forma, también había una tensión por el creciente poder del estamento médico, lo que daba cuenta de la incipiente medicalización de la sociedad chilena, aquel proceso en el que la medicina ya no estaba confinada solo a los enfermos, sino que se expandía a otras esferas como el comportamiento o los hábitos de todos los ciudadanos, pero especialmente de los más pobres. Los médicos estaban convenidos de la necesidad de la medida y respondían al tema de las libertades individuales, contraponiéndolas con la necesidad de defender la “sociedad”:

séame permitido observar que por todas partes veo a la libertad restringida, reglamentada i limitada.

Veó a los países mas libres de la Europa, como son la Inglaterra i la Suiza, orgullosos de su libertad, adoptar la vacunación obligatoria, i tomar medidas severas para asistir a los variolosos e impedir el contagio.

Veó en muchos Estados limitada la libertad del padre de familia, porque se les prohíbe enviar a sus hijos a los talleres hasta que no tenga cierta edad. Veó que los pueblos civilizados dictan reglamentos que restringen casi todas las libertades.

Las cuarentenas está vijentes en casi todas partes. El servicio militar es obligatorio, tambien, en la mayor parte de las naciones civilizadas. [...]

Sostengo que nadie tiene derecho para ser un foco de infección que perjudique al vecino, i que la autoridad debe velar por el derecho de terceros. La sociedad se ha constituido por el bien i para el bien; los gobiernos para defender a la sociedad” (Murillo, 1883, pp. 25-26).

En este extracto el Dr. Murillo pone de relieve un aspecto central del debate: el tema de los límites a libertad individual y el rol del Gobierno para garantizar el funcionamiento de la sociedad. La respuesta de los sectores más dogmáticos del *laissez-faire* era la de defender las libertades individuales, o más bien, estaban preocupados por poner límites al Gobierno. Como consecuencia, el proyecto de ley fue rechazado en 1882 por una amplia mayoría de Diputados, a pesar de los argumentos médicos y de que miles de personas morían cada año por causa de la viruela²⁷.

²⁷ María Angélica Illanes (1993) recoge algunas estadísticas de muertes por viruela en aquellos años. Por ejemplo, en 1872 fallecieron 6.324 personas en los lazaretos, ya que no se había datos de las defunciones

La ampliación de la protección del Estado y la vacuna obligatoria

La situación social de Chile exigía cambios, ya que el país estaba embarcado en una serie de transformaciones que requirieron afrontar de otra forma la problemática social, especialmente para frenar los conflictos y las demandas obreras que estaban en ciernes. En esta época comenzaron a darse los primeros pasos para dejar atrás el modelo caritativo que representaba la Beneficencia Pública hacia uno de protección social a cargo del Estado que se asentaría ya entrado el siglo XX.

Un sector del Liberalismo comprendió la necesidad de encarar reformas sociales para prevenir conflictos mayores, pero esta era parte de una tensión que no solo se vivía en Chile. *“Lo que hace entrar en crisis al liberalismo dogmático es la necesidad práctica de la intervención gubernamental para hacer frente a las mutaciones del capitalismo, los conflictos de clase que amenazaban la “propiedad privada” y las nuevas correlaciones de fuerza internacionales”* (Laval y Dardot, 2013, p. 31).

De esta forma, serán algunos presidentes liberales como Santa María y Balmaceda los que comenzaron a tomar medidas centralistas y reformadoras en ámbitos claves como la salud, como la creación del Consejo Superior de Higiene en 1889, “el primer hito significativo del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile” (Molina Bustos, 2004, párr. 59). Un ejemplo de las nuevas formas de actuar frente a las enfermedades infecciosas pudo verse en las acciones preventivas, de clara influencia higienista, realizadas por Balmaceda a raíz de epidemia de cólera que venía desde Argentina. Medidas como el aislamiento, la desinfección, la atención hospitalaria, etc. que cuestionaban el sistema sanitario existente y abrieron la puerta a una nueva forma de participación del cuerpo médico (Illanes, 1993).

En el contexto de estas transformaciones, Balmaceda decretó en 1887 la primera ley de vacunación obligatoria pero solo para los recién nacidos (Cabrera, 2012). Además, para facilitar y mejorar la producción de vacunas, en 1888 se creó el Instituto de Vacuna Animal, donde se podía obtener fluido vacunal directamente de los animales sin tener

en los domicilios. Solo en Santiago murieron 2.549 personas para la epidemia de 1876 y después del rechazo de la ley obligatoria continuaron e incluso aumentaron las muertes, en 1886 fallecieron 7.788 personas.

que recurrir a la técnica del “brazo a brazo”, que tantas reticencias generaba por el miedo a contraer otras enfermedades como la sífilis.



Cosecha de linfa vacunífera en Chile, hacia 1910 (Memoria Chilena, s. f.-a)

Esta vez la ley no pasó por el Congreso, acelerando así el trámite pero aumentando la tensión con los sectores más dogmáticos del liberalismo que habían rechazado la anterior ley y con los sectores conservadores que en general rechazaban las reformas de Balmaceda. El conflicto entre el Ejecutivo y el Congreso se acrecentó a tal punto que derivó en una guerra civil en 1891, que finalizaría con la derrota de Balmaceda.

A pesar de los conflictos la ley de vacunación siguió vigente, mientras que la investigación y producción de vacunas continuó mejorando con la creación de nuevas instituciones públicas. Un paso importante en este sentido se dio de la mano de los descubrimientos de Pasteur, cuando en 1898 se abrió la sección de Sueros y Vacunas en el Instituto de Higiene, la primera de este tipo en Sudamérica, donde se elaborarían vacunas antirrábicas y sueros antidiftéricos, ampliando así el abanico de las vacunas además de la antivariólica (García Moreno, 1989). De esta forma, se fueron mejorando las condiciones de producción de las vacunas, con instituciones creadas para tal efecto, un aspecto fundamental para lograr la mayor aceptación pública y pavimentar el camino para otro tipo de medidas.

El rechazo a la vacunación obligatoria en esta etapa no solo quedó manifiesta en la discusión parlamentaria, la ley de Balmaceda también encontró activos detractores en algunos ciudadanos que se inspiraban claramente en el movimiento antivacunación británico, aunque no se llegó a formar una liga con la fuerza ni la organización de la *National Anti-vaccination League*. Un ejemplo de esta oposición fue la que llevó a cabo el pintor Alfredo Helsby, quien se proclamaba como corresponsal de la “Liga Antivacunista de Inglaterra” y publicó libros como “Fracaso de la vacuna por inútil y desastrosa. (Debates ante la Sociedad Científica de Vaparaíso)” en 1898 o “Contra la vacunación obligatoria: que dicen hoy los sabios sobre la vacuna” en 1911. La referencia y ejemplo de Reino Unido quedan patentes en los textos de Helsby, tal como se puede apreciar en esta cita:

Las últimas noticias llegadas de Inglaterra, son harto interesantes. [...]

Dicho proyecto de ley – después de largos debates y previo informe de la comisión respectiva –ha sido aprobado, y durará cinco años, a contar desde el 1º de Enero de 1899.

- Eso sí, que con unas cuantas enmiendas

Entre esas enmiendas se halla la siguiente:

Que cualquier persona que haga declaración de tener “objeciones concienzudas” a la vacuna, queda exenta de toda compulsión, castigo o persecución ulterior.

Esta importante noticia que consta del *Chilian Times* de Valparaíso el 1º de Octubre de 1898 y de los diarios ingleses de mediados de Agosto.

“Esta concesión (dice la *Reviews of Reviews* del 15 de Agosto) que fue atacada con violencia por la policía médica... señala un progreso notable cuyos frutos será difícil de medir” (Helsby, 1898, p. 193)

A pesar de la oposición y los debates generados, la obligatoriedad de la vacuna con carácter universal se haría realidad aunque varios años más tarde. En 1918, con el primer Código Sanitario (Ley N° 3385), se determinó que la vacunación contra la viruela sería obligatoria para toda la población y para todo el territorio chileno. La obligatoriedad de la vacuna quedó estipulada en un par de artículos de esta ley, como una medida más, entre otras más generales que apuntaban a la organización y la dirección de los servicios sanitarios, entre ellos, el de la “Oficina Central de la Vacuna”, cuyos miembros y atribuciones serían nombrados por el Presidente de la República. La

gratuidad de la vacuna quedaba reafirmada, se estipulaba una multa para quienes no cumplieran con la medida y también se daba la posibilidad de eximirse a quienes hagan una declaración por escrito “*a la Oficina de Vacuna correspondiente, dentro de los primeros tres meses del respectivo plazo*”. El artículo principal sobre la obligatoriedad, aunque más bien utiliza el imperativo “recibirán” era el N° 57 que señalaba:

Recibirán la vacunacion anti-variólica todos los habitantes de la República en el primer año de la vida, y la revacunacion en el décimo y en vijesimo respectivamente.

Recibirán, asimismo, el virus anti-variólico, dentro del primer año, a contar desde el día en que empieza a rejir este Código todas las personas que en esa fecha no hubieren sido vacunadas o revacunadas respectivamente (Ley N°3.385 Código Sanitario, 1918).

De esta forma, ya no solo debía vacunarse a los recién nacidos, sino a todos aquellos que no se hubieran vacunado hasta el momento. La vacunación se complementaba con otras medidas también obligatorias como la declaración por parte de los médicos en caso de atender pacientes con enfermedades infecciosas, además del aislamiento y la desinfección del lugar y los objetos de los enfermos. En caso de no poder aislar al enfermo en su domicilio se contemplaba llevarlo a un hospital y también vigilar el entorno de los que presentaban este tipo de enfermedades. Así, la vacunación no era una medida aislada, sino parte de un sistema de control y vigilancia que se extendía a otras enfermedades infecciosas.

Con este Código Sanitario (Ley N° 3.385) también se crearon nuevas instituciones de salud, como la Dirección General de Sanidad, que aunque en la práctica no logró mayor operatividad, junto con la vacunación universal expresaban una nueva etapa del compromiso del Estado con la salud de toda la población. “*La Ley N°3.385 puede considerarse, entonces, como una de las más importantes de la historia de la medicina chilena por su carácter de hito fundacional de la medicina social*” (Camus y Zúñiga, 2007, p. 159). Así, aunque este compromiso se venía abriendo paso desde finales del siglo XIX, se profundizaría especialmente a partir de la década de 1920. Los cambios económicos que trajo el fin de la Primera Guerra, la crisis del salitre y el impacto de la Revolución Rusa, entre otros factores, activaron aún más la organización del movimiento obrero y tensionaron a la clase dirigente. Como una respuesta preventiva,

se inició una etapa de ampliación de las leyes sociales, aunque sin modificar el orden político y económico existente (Illanes, 1993).

De esta forma, la obligatoriedad de la vacunación en Chile estuvo ligada a la mayor injerencia del Estado en la protección social en general y de la salud en particular, así como a la ampliación de los derechos sociales. Tal como se puede observar, la discusión sobre la obligatoriedad de la vacuna en Chile tuvo características y resoluciones diferentes a otros casos analizados a lo largo de este capítulo como, por ejemplo, en Reino Unido o Brasil. En el caso británico la discusión estuvo marcada por la acción de las ligas antivacunación, que fueron formas de organización de la sociedad civil con capacidad de presión a través de medios de comunicación propios o de *lobby* parlamentario. El debate planteado en la sociedad británica se canalizó por vías institucionales, a través del Parlamento, brindándose una solución legal al conflicto con la implementación de una cláusula de conciencia, que en la práctica dejó sin efecto la obligatoriedad y dio espacio a las libertades individuales.

Algo muy diferente sucedió en el caso de Brasil, donde la vacunación obligatoria fue parte de un plan de modernización impuesta desde el Estado a la sociedad civil. La forma verticalista, autoritaria y excluyente en que se llevó a cabo esta modernización desembocó en una disputa política y en un llamado de la oposición y de distintos sectores sociales a una revuelta popular. El descontento se tomó las calles y la respuesta del Gobierno fue una brutal represión policial y la imposición de la ley de vacunación obligatoria.

Finalmente, en Chile no hubo ligas antivacunación con la fuerza y el nivel de organización de las británicas ni tampoco revueltas populares. El debate se dio principalmente en el Congreso y entre grupos de la élite política con distintas concepciones de la participación y alcance del rol del Estado. Como vimos, la ley que inicialmente había sido rechazada en nombre de las “libertades individuales” muy pronto sería impuesta por decreto, dando cuenta del surgimiento de nuevos actores, incluso dentro del partido liberal, que reclamaban una mayor injerencia del Estado ante la situación social y sanitaria chilena. Así, en este caso la discusión sobre la vacuna y su legislación dio cuenta de esa crisis del liberalismo, que se dio especialmente a principios del siglo XX, y de la transición hacia un “Estado Social”.

Capítulo 2: ESTADO DE BIENESTAR: AMPLIACIÓN DE DERECHOS SOCIALES Y LA “ETAPA DORADA” DE LA VACUNACIÓN

A mediados del siglo XX comenzó un período de masificación de las vacunas a nivel internacional que es considerado como la “etapa dorada” o “moderna” de la vacunación (Hilleman, 2000; Plotkin et al., 2013), cuyo inicio se podría situar aproximadamente después de la Segunda Guerra Mundial y que tiene su punto álgido con la erradicación de la viruela, declarada por la OMS en 1980. En esta etapa se fueron incorporando y universalizando las vacunas que han formado parte del núcleo principal de los programas de vacunación de la mayoría de los países. Muchas se habían descubierto e implementado con anterioridad, por ejemplo, en la década de 1920 se desarrollaron las vacunas contra tuberculosis (1921), difteria (1923), tos convulsiva o pertussis (1923-24) y tétanos (1926), pero es recién a partir de la década de 1940 que se utilizan sistemática y masivamente en países industrializados como EEUU, Reino Unido o Francia y de manera menos generalizada en países de medianos y bajos ingresos, como Chile. Otras vacunas que también se comenzaron a usar masivamente en esta etapa, a medida que eran descubiertas, fueron la vacuna contra la poliomielitis autorizada en 1955 en EEUU y en los años sesenta se implementaron las vacunas contra el sarampión (1963), las paperas (1967) y la rubéola (1969), las que comenzaron a utilizarse combinadas en una sola vacuna conocida como la “triple vírica” en 1971. Sin embargo, un salto importante en la universalización de estas vacunas “básicas” a nivel mundial se debió al impulso recibido por Programa Ampliado de Inmunizaciones lanzado por la OMS en 1974.

La expansión y masificación de las vacunas en esta etapa estuvieron relacionadas por lo menos con tres aspectos. En primer lugar, con el avance del Estado de Bienestar que si bien fue un modelo más desarrollado en Europa y EEUU, también tuvo una expresión en el caso chileno. En este modelo se ampliaron derechos sociales como el de la salud y se crearon sistemas de seguridad social que fueron la base para la implementación de los programas nacionales de vacunación. En segundo lugar, hubo importantes avances en el plano científico-técnico, como el cultivo celular de virus, que dieron un impulso a la

producción de vacunas a gran escala. Y por último, se desarrolló una nueva concepción de la salud pública internacional, lo que se plasmó en la creación e intervención de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), OPS, UNICEF, etc., que tomaron a las vacunas como herramientas prioritarias en sus estrategias para combatir enfermedades.

Estado de Bienestar, derecho a la salud y vacunas

La expansión y universalización de las vacunas en esta etapa estuvieron íntimamente ligadas al desarrollo del Estado de Bienestar de los principales países industrializados, ya que bajo este modelo se ampliaron derechos sociales como el de la salud y, en general, se implementaron sistemas de salud con carácter universal (aunque en este punto hubo excepciones notables como la de EEUU), que fueron la base para la sistematización de las vacunaciones. Si bien en algunos países de América Latina, como por ejemplo en Chile, este modelo no se implementó de la misma forma debido a las características económicas y de desigualdad, en esta etapa sí se avanzó en la ampliación de derechos sociales y en la protección del Estado en el ámbito de la salud²⁸, por ejemplo, en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud chileno.

Aunque en una etapa incipiente del Estado de Bienestar los países europeos más industrializados habían establecido sistemas de aseguramiento, estos estaban limitados a grupos sociales de extrema pobreza. Recién a partir de la Segunda Guerra Mundial se establecieron los modernos sistemas de seguridad social, diseñados con carácter universal para atender a todos los ciudadanos, independientemente de su condición social, y dejando atrás su anterior carácter estigmatizador (Porter, 2005). Si bien han existido distintos modelos de seguridad social, se considera como el más representativo del Estado de Bienestar al Sistema Nacional de Salud de Reino Unido, basado en el llamado plan Beveridge e implementado plenamente a partir de 1948 (Lema Añon, 2012). Entre las características de este modelo estaban: la universalización del derecho a

²⁸ Para más información, ver el apartado “La ampliación de la protección de la salud y las vacunas en Chile”.

la asistencia sanitaria para todos los habitantes del país; la financiación a través de impuestos; la provisión pública de servicios y la gratuidad para el usuario (Lema Añon, 2012).

Tomando como modelo el plan Beveridge, Foucault (1990) señala que en el decenio que va desde 1940 a 1950 se produjo un cambio clave en la forma en que el Estado se hizo cargo de la salud de sus ciudadanos. Una preocupación que no pasaba solo por asegurar la fuerza de trabajo como hasta entonces, sino como un derecho en sí que debía ser garantizado por el Estado. La salud entró así en la macroeconomía y las políticas nacionales.

Con el plan Beveridge la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos, sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto de individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el de Estado para el individuo en buena salud (Foucault, 1990, p. 94).

Si bien el Derecho a la Salud ya se había incluido en las constituciones de algunos países en el primer tercio del siglo XX, es a partir de la Segunda Guerra Mundial que se generaliza su institucionalización de la mano del desarrollo del Estado de Bienestar. Tal como señala Lema Añon (2012), este reconocimiento institucional estuvo enmarcado desde su inicio en el paso del Estado Liberal al Estado Social. Los derechos sociales, entre los que se encuentra el de la salud, fueron concebidos enfrentando el individualismo propio de los derechos y libertades burgueses, que buscan defender al sujeto de las intromisiones del Estado.

La tensión entre estos tipos de derechos ha acompañado a los debates sobre vacunación desde sus inicios, especialmente cuando se ha planteado la obligatoriedad de esta medida. En la etapa en que predominaron las visiones sociales del Estado, que con algunas variaciones llegaría hasta fines de la década de 1970, la balanza se alejó de las concepciones más individualistas de los derechos en favor nociones más colectivistas.

En ese contexto, apelar a estrategias como la “inmunidad de rebaño”²⁹ para controlar o erradicar una enfermedad utilizando las vacunaciones masivas, estaba más acorde de la idea de proteger a la comunidad y con un Estado “fuerte” que se hacía cargo de las necesidades de salud de sus ciudadanos. Una situación que, como veremos más adelante, cambió con las tendencias neoliberales cuando también se erosionó en la práctica los derechos sociales en general, y el de la salud en particular.

La producción masiva de vacunas y el caso de la vacuna de la polio

Otro de los aspectos que ayudó a la masificación de las vacunas y a que el Estado pudiera garantizar su aplicación universal se dio en el ámbito de la producción. A fines de la década de 1940 se dio un gran salto cualitativo en el desarrollo de vacunas con el cultivo celular de virus, una técnica que permitió la elaboración de nuevas vacunas e impulsó su producción a gran escala (Moulin, 2007).

Las vacunas habían ganado terreno en aceptación social y la producción masiva prometía grandes soluciones, pero a la vez generaba nuevos temores en la ciudadanía, especialmente porque sus accidentes también podían producir inmensos daños. Antes de la masificación, entre 1929 y 1933, ya había habido casos emblemáticos como el llamado “desastre de Lübeck”, en Alemania, donde murieron 72 bebés y 173 resultaron enfermos de los 251 recién nacidos vacunados con la vacuna contra la tuberculosis (BCG) (Fox, Orlova, y Schurr, 2016). Un hecho que tuvo impacto en todo el mundo, incluso en Chile donde se dejó de administrar esta vacuna casi por una década. Sin embargo, con la producción masiva los riesgos se multiplicaron y se complejizó el escenario debido al protagonismo de otros actores, como por ejemplo la industria farmacéutica, lo que llevó a crear mayores instancias de control gubernamental para

²⁹ La inmunidad de rebaño se basa vacunar a un alto porcentaje de la población (que varía según la enfermedad) para evitar el contacto entre personas enfermas y sanas, disminuyendo así las probabilidades de contagio y de brotes epidémicos. De esta forma, el porcentaje menor de personas no vacunadas queda indirectamente protegido por el “rebaño”.

asegurar a los ciudadanos la calidad de un producto tan sensible y dirigido principalmente a los niños.

En este sentido, un caso paradigmático fue el de la vacuna contra la poliomielitis desarrollada por Jonas Salk en EEUU, a mediados de la década de 1950, ya que fue una de las primeras vacunas producidas a nivel masivo con la participación de varias industrias farmacéuticas y con uno de los accidentes más renombrados de la historia de la salud pública: el incidente Cutter.

La poliomielitis era una enfermedad muy temida en EEUU debido a que desde 1916 se produjeron numerosos brotes epidémicos que afectaban especialmente a niños, independientemente de su condición social o estado nutricional, dejándoles en su gran mayoría secuelas de por vida, como parálisis, o incluso, provocándoles la muerte (Offit, 2005). Sin duda, la presión de una creciente clase media norteamericana y de los medios de comunicación fueron fundamentales para buscar soluciones para este problema de salud e impulsar el desarrollo de la vacuna.



Los llamados “pulmones de acero” utilizados para el tratamiento de la poliomielitis.

Los Ángeles, 1952. (Polio Global Eradication Initiative, 2011)

El presidente Franklin D. Roosevelt, quien había sido víctima de la enfermedad, impulsó la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil (NFIP) que recaudó los fondos

para este propósito³⁰, y al amparo de esta institución, el Dr. Jonas Salk comenzó a desarrollar una vacuna contra la polio que sería aprobada en 1955. Antes de ser comercializada, en 1954 se llevó a cabo uno de los ensayos clínicos más grandes de la historia de la medicina, que involucró a 1.8 millones de niños en edad escolar, de los cuales 400.000 recibieron la vacuna, 200.000 un placebo y 1.200.000 fueron utilizados como control, abarcando 44 estados de EEUU (Offit, 2005).

Todo el proceso de desarrollo de la vacuna y de este ensayo en particular fueron ampliamente difundidos por los medios de comunicación. La vacuna despertaba interés noticioso y el Dr. Salk, junto con la NFPI, supieron aprovechar esta vertiente para ganar apoyo, fondos y voluntarios para el ensayo. De la misma forma, los exitosos resultados del ensayo no fueron presentados en un congreso de medicina o a través de publicaciones científicas, que eran los canales habituales para este tipo de trabajos, sino en una masiva rueda de prensa. Un aspecto que generó desconfianza y rechazo en el ámbito científico y que planteó una nueva forma de relación con los medios de comunicación (Tuells, 2006). La vacuna fue aprobada poco después de la rueda de prensa.

Cinco laboratorios fueron autorizados para producir y distribuir la nueva vacuna: Eli Lilly, Parke-Davis, Pitman-Moore, Wyeth Laboratories y Cutter (Offit, 2005; Tuells, 2006). Poco después de que las vacunas comenzaran a ser colocadas a los niños se presentaron los primeros casos de polio y una investigación determinó que los lotes producidos por el laboratorio Cutter (y autorizados por la agencia estatal *Laboratory of Biologics Control*) presentaban problemas. El resultado fue uno de los incidentes con vacunas más conocidos de la historia de la salud pública. La vacuna Cutter fue la responsable directa de la muerte de al menos 5 niños, de la parálisis de otros 50, de 40.000 casos leves y además, de un brote epidémico que se expandió en los entornos familiares y comunitarios de los niños vacunados (Tuells, 2006).

Se considera que una de las consecuencias directas del incidente de Cutter fue el mejoramiento de los procedimientos y controles estatales para regular la producción de vacunas (Moulin, 1999a). Otra consecuencia fue la judicialización de este tipo de casos,

³⁰ La *National Foundation for Infantile Paralysis* (NFIP) fue creada en 1938 y comenzó a recaudar dinero para luchar contra la polio con una masiva campaña mediática conocida como “*March of Dimes*”, en la que se pedía a cada persona que donara un céntimo para la causa. La campaña fue todo un éxito y solo en un año la NFIP consiguió 1.8 millones, principalmente por las donaciones de un céntimo (Offit, 2005)

ya que la compañía fue demandada por los padres afectados y el jurado encontró al laboratorio “no negligente” pero “sí responsable”, naciendo así la figura jurídica de la “responsabilidad sin culpa” que se utilizaría en numerosos casos legales contra farmacéuticas y otro tipo de industrias por más de 50 años. Las consecuencias de esta judicialización en el campo de las vacunas llevó al Congreso de los EEUU a crear en 1986 el *National Vaccine Injury Compensation Program*, basado en un impuesto sobre las mismas vacunas, con el que se compensa a los niños y sus familias por los efectos secundarios causados por vacunas.

Otra consecuencia a largo plazo fue el reemplazo de la vacuna desarrollada por el Dr. Salk. Las dudas que generó el accidente de Cutter, sumado a las críticas abiertas que reconocidos científicos hacían a la vacuna de Salk, llevó a un aumento de la desconfianza hacia la vacuna contra la polio. Nuevamente, al igual que pasó con la vacuna de la viruela, la decisión de vacunar o no a los hijos se planteaba en términos de riesgos para los ciudadanos. Por ejemplo, durante el brote epidémico de 1955 muchos padres se vieron en la disyuntiva de tener que elegir entre no poner la vacuna, teniendo una alta probabilidad de contraer la enfermedad de forma natural, o de poner una vacuna que estaba siendo cuestionada por su seguridad y que también tenía probabilidad de transmitir polio a sus hijos. La desconfianza ciudadana creció.

En 1962 el gobierno de EEUU tomó la decisión de realizar un cambio y pasar a utilizar la vacuna con virus atenuados que había desarrollado paralelamente el Dr. Albert Sabin, uno de los científicos más críticos con el Dr. Jonas Salk y su vacuna. La nueva vacuna tenía más aceptación porque era más fácil de administrar (oralmente), y porque no tenía el manto de sospecha ni había generado las controversias de la vacuna de Salk. Sin embargo, con el tiempo esta vacuna ha demostrado no ser muy segura, ya que una de las tres cepas del virus atenuado que contiene la vacuna se puede volver contagiosa una vez que ha pasado por el intestino de los niños vacunados y transmitir polio (Offit, 2005). En la actualidad, este es el talón de Aquiles de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis encabezada por la OMS, ya que paradójicamente muchos de los casos de contagio se deben a los virus que tienen origen en las mismas vacunas. Por esta razón, como parte del plan estratégico de erradicación de la enfermedad, la OMS ha recomendado hacer un cambio en los programas de vacunación de la mayoría de los países. En 2016, más de 150 estados han comenzado a utilizar una vacuna sin la cepa

que tiene potencial de contagio y se prevé que para 2019-2020 se deje de utilizar la vacuna oral (OMS, 2013).

Así, la forma en que la Administración de EEUU restableció la confianza en la vacuna de la polio, a través de más controles pero también cambiando por la vacuna Sabin, no solo tuvo que ver con la discusión sobre “cuál era la mejor vacuna”, sino con aquellos elementos que permitieron ganar aceptabilidad.

El caso de la polio nos permite dar cuenta de que incluso en la etapa “dorada” de la vacunación también hubo importantes controversias científicas y desconfianza ciudadana. Con la producción masiva se complejizó el escenario y surgieron nuevos actores que hasta hoy se mueven en un delicado equilibrio entre la industria farmacéutica, las agencias de control, la confianza-desconfianza de los ciudadanos (y su respuesta a través de la judicialización) y los medios de comunicación.

La ampliación de la protección de la salud y las vacunas en Chile

La ampliación de derechos sociales en Chile, incluido el de la salud, fue un proceso lento y plagado de tensiones sociopolíticas. Como vimos anteriormente, a partir de la década de 1920 se comenzaron a dictar leyes y tomar medidas que buscaban prevenir la conflictividad social ante un movimiento obrero cada vez más organizado y con capacidad de movilización. En este sentido, una de las más emblemáticas fue la creación del seguro obrero en 1924, que protegía a los trabajadores frente a riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. La protección de la salud fue una bandera de lucha de los sectores populares y uno de los principales compromisos que adquirió poco a poco un Estado que se alejaba de los modelos basados en la disputa entre liberales y conservadores, para encaminarse a un nuevo modelo de Bienestar, que tardaría todavía en llegar y lo haría con las particularidades del caso chileno. El compromiso con la salud de la población quedó reflejado tempranamente en la Constitución de 1925: *“Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad”* (LEY-S/N, 1925).

Con la llegada del Frente Popular³¹ al gobierno en 1938 se profundizó en la perspectiva de la medicina social, una corriente que ya había dado sus primeros pasos y que entendía que los problemas de salud se debían en primer lugar a las malas condiciones de vida de la población. Por lo tanto, para mejorar la salud había que abordar temas como el salario, la vivienda, la alimentación o las condiciones de trabajo, todos ellos aspectos centrales de la economía capitalista. Desde esta perspectiva, mejorar la salud pasaba en gran medida por un cambio social y en eso se diferenciaba de la mirada clásica de salud pública. La medicina social fue una importante corriente crítica en Latinoamérica, con sus propias prácticas y desarrollos teóricos, pero cuyos orígenes se pueden rastrear en los planteos del médico alemán Rudolf Virchow, de mediados del siglo XIX. Justamente, un discípulo de Virchow que emigró a Chile, Max Westenhöfer, fue profesor de la Facultad de Medicina e influyó fuertemente en una generación de estudiantes, entre quienes destacó Salvador Allende (Waitzkin, Iriart, Estrada, y Lamadrid, 2001). Un buen ejemplo de esta perspectiva es el análisis que hace Allende en 1939, por entonces ministro de Salubridad, en su libro “La realidad médico-social chilena”:

El hombre en sociedad, no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea, cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los agentes productores de enfermedades. Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes; orienta el análisis de nuestros problemas médicos y preside el programa de este Ministerio (Allende, 1939, p. 76).

Después de hacer un acabado análisis sobre los problemas sociales de los chilenos, Allende aborda algunas enfermedades específicas como la tuberculosis o el tifus, y problemas sociales como el aborto o la toxicomanía. Sin embargo, en todo momento

³¹ El Frente Popular fue una coalición electoral de centro izquierda que abarcó desde mayo de 1936 y febrero de 1941, que estuvo integrada por varios partidos como el Radical, Comunista, Socialista, Democrático y Radical Socialista. También contó con la participación de organizaciones sociales como la Confederación de Trabajadores de Chile (CTCH), el Frente Único Araucano y el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCh). El Frente Popular ganó las elecciones presidenciales de 1938 con el radical Pedro Aguirre Cerda, cuyo programa de gobierno se basaba en el fomento estatal a la industrialización, la protección de los trabajadores y la extensión de la cobertura educacional, con el lema "Gobernar es educar".

pone estos problemas en un marco general y las soluciones pasarían en primer lugar, por mejorar esas condiciones macro más que por el desarrollo de medicamentos o tecnologías específicas.

Las pocas vacunas que se utilizaban en esta época también eran plateadas como complementarias a otras medidas generales. Por ejemplo, en su análisis sobre las llamadas “enfermedades hídricas” Allende hace hincapié en la relación de estos problemas con el grado de saneamiento del país y si bien no niega la utilidad de las vacunas, sí las coloca como medidas que deben ser complementadas. Así, frente al problema del tifus exantemático señala:

El Consejo Nacional de Salubridad pesó debidamente la importancia de este problema y estableció la vacunación antitífica obligatoria para las regiones del país, que de acuerdo con los antecedentes recogidos revelan ser focos constantes de este tipo de enfermedades infecciosas. A pesar de la eficacia indiscutible de esta medida es indispensable intensificar la dotación de agua potable y de tratamiento de las aguas servidas en las poblaciones que carecen de ellas y de ir a la mejora inmediata de las deficiencias en aquellos que los tienen (Allende, 1939, p. 110).

Si bien los indicadores de salud de la población chilena mostraron una mejoría a partir de la década de 1930, los esfuerzos no fueron suficientes. Muchas de las leyes y nuevas instituciones no se tradujeron en acciones concretas, especialmente debido a la falta de infraestructuras y a los niveles de pobreza. En este sentido, Illanes (1993) apunta a la contradicción que había entre tener una de las legislaciones sociales más avanzadas pero con “una realidad social dramática”. Así, a pesar de los avances en 1949 Chile tenía una de las tasas de mortalidad general más alta de Latinoamérica (Camus y Zúñiga, 2007).

Un avance relevante en la ampliación de derechos y en el compromiso del Estado con la salud de toda la población fue la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, que agrupó a diversas instituciones y se organizó de forma autónoma y descentralizada a lo largo del país para “*la ejecución armónica y coordinada de la prevención, fomento y recuperación, que caracterizaban a la protección moderna e integral de salud*” (Molina Bustos, 2009, p. 72) . Si bien este servicio partió de un

proyecto que buscaba la universalidad de la atención en salud, en la práctica alcanzó al 70% de la población y quedaron al margen otras organizaciones dirigidas a un perfil de clase media de empleados y profesionales. Sin embargo, se considera al SNS chileno como una institución representativa del espíritu de la medicina social, pionero en América Latina y en sintonía con los sistemas de salud de los países europeos que estaban implementando un modelo de Estado de Bienestar. “*En 1952 Chile aprobó una de las leyes de salud más completas, comparable en alcance, unificación y nombre con el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido lanzado cuatro años antes*”³² (Birn y Nervi, 2015).

Aunque las contradicciones entre la avanzada legislación y su desarrollo siguieron siendo patentes en esta etapa y en muchos casos insuficientes, se pudieron palpar mejoras en la salud de la población a partir de la década de 1950, especialmente gracias a mayores inversiones en obras públicas o en programas sociales como los de Vivienda o Alimentación.

La mayoría de las vacunaciones masivas también se incorporaron en este período y fueron parte de este marco general de prestaciones de salud para la población. Algunas vacunas ya habían sido implementadas anteriormente, como la vacuna contra la viruela, la rabia, el tifus o la tuberculosis, pero con diversos grados de generalización. Sin embargo, al igual que en los casos analizados de Europa o EEUU, en Chile la mayoría de las vacunas se fueron implementando desde mediados del siglo XX, a medida que se expandía el Estado de Bienestar con una infraestructura sanitaria adecuada para esta tarea y de la mano de los nuevos desarrollos tecnológicos.

En 1950 se produjo la última epidemia de viruela en Chile, que fue combatida con una campaña intensiva de vacunación (E. Laval, 2003a) y en 1959 desapareció totalmente esta enfermedad del país, lo que constituye todo un logro para la salud pública chilena ya que se produjo diez años antes que el último caso latinoamericano (Borgoño, 2002). En cuanto a la tuberculosis, si bien su vacuna había sido inicialmente introducida en 1929, como parte del Programa de Lucha Antituberculosis (Ley Decreto N°1841, 1929), algunos incidentes en el país y sobre todo la incertidumbre que se produjo a nivel mundial con el accidente de Lübeck en Alemania, llevó a suspender esta vacunación, la

³² Traducción propia, en el original: “In 1952 Chile passed one of the world’s most comprehensive health-care laws, comparable in scope, unification, and name to the UK’s National Health Service (NHS) launched 4 years earlier”(Birn y Nervi, 2015).

que fue reintroducida definitivamente en la década de 1950 (E. Laval, 2003b). Otras vacunas que fueron incorporadas sistemáticamente en este período fueron la vacuna contra la poliomielitis de Sabin en 1961, la vacuna mixta Difteria-Pertussis en 1961, la vacuna contra el sarampión en 1963 y la antitetánica se incorporó a la mixta en 1971 (DIPRES, 2012).

En esta etapa el Instituto Bacteriológico de Chile hizo un significativo aporte en el ámbito de la investigación y desarrollo de vacunas a nivel internacional con la llamada “vacuna Fuenzalida-Palacios”. En 1954 los doctores Eduardo Fuenzalida y Raúl Palacios anunciaron un nuevo tipo de vacuna antirrábica que era más eficiente y segura que las empleadas hasta el momento. En 1960 el Servicio Nacional de Salud chileno autorizó su uso en seres humanos y poco después comenzó a traspasar las fronteras hasta que terminó siendo adoptada por todos los países latinoamericanos (Álvarez, 2015).

La importancia dada a las vacunas también se plasmó legalmente. En 1967 se promulgó el Decreto N°725 que modificaba el Código Sanitario de 1931, actualizando la reglamentación en materia de vacunación, la que con algunas modificaciones se mantiene vigente hasta la actualidad. Mediante este nuevo Código Sanitario se establecía que el Servicio Nacional de Salud tendría a su cargo la vacunación de los habitantes del país, es decir, de todas las personas independientemente de su nacionalidad. Además, a la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela, se sumaron explícitamente otras dos enfermedades: la difteria y la tos ferina y la obligatoriedad de tratarse contra la rabia en caso de ser herido por un animal sospechoso de tener la enfermedad. A la vez, se establece que es el Presidente de la República quien *“podrá declarar obligatoria la vacunación de la población contra las enfermedades transmisibles para las cuales existan procedimientos eficaces de inmunización”* (DFL N°725, 1968). Por último, también se señala que las personas pueden eximirse temporalmente de la obligatoriedad siempre que se conste con un certificado médico y sea visado por la autoridad sanitaria. Basados en esta ley, con el pasar de los años los sucesivos presidentes han ido incorporando nuevas enfermedades a la lista vacunas obligatorias.

La concepción de un rol protagónico del Estado en la protección de la salud se mantuvo en Chile hasta 1973, fecha en que se llevó a cabo el golpe de Estado perpetrado por

Augusto Pinochet. Los gobiernos anteriores al golpe, tanto el de Eduardo Frei (Democracia Cristiana, 1964-1970) como el de Salvador Allende (Unidad Popular, 1970-1973), tuvieron enfoques diferentes, pero en general mantuvieron importantes continuidades. Entre las diferencias, se destaca que el gobierno de la Democracia Cristiana había tratado de complementar el servicio público con el privado, algo que se vio reflejado en la Ley de Medicina Curativa acentuando la diferenciación entre la atención para los empleados de clase media con el resto de la población. En cambio, el gobierno de Salvador Allende intentó llevar el servicio de salud a un modelo de atención única, tanto para trabajadores como para empleados, acabando así con la histórica división dentro del Servicio y con las discriminaciones que acarrearaba, pero esto creó tensiones con el Colegio Médico, que se opuso firmemente al proyecto de Allende. Sin embargo, ambos gobiernos mantuvieron la importancia de aspectos como el papel del Estado, la concepción integral de la salud o la necesidad de poner el foco en mejorar las condiciones de vida (salud, vivienda, salarios, etc.) como prioridad.

Otro aspecto en común y que sería característico de este período es la mayor participación ciudadana en general y en el ámbito de la salud en particular, algo que era promovido desde el Estado. En ambos gobiernos se formaron organizaciones de participación ciudadana como los Consejos Comunitarios de Salud con Frei y los Consejos locales y Paritarios en Salud con Allende, con el objetivo de que los propios interesados definieran cuáles eran sus problemas de salud, buscaran soluciones en interacción con los trabajadores de la salud y exigieran sus derechos al Estado (Livingstone y Raczynski, 1974). La etapa de Allende se caracterizó especialmente por la realización de campañas masivas de salud en las que participaban los mismos ciudadanos (Molina Bustos, 2009). La Unidad popular hacía un llamado activo a que las organizaciones locales se involucraran en sus problemas de salud, tal como se puede apreciar en el siguiente afiche de 1972.



Afiche: "La solución a los problemas de salud", de Waldo González y Mario Quiroz, (1972). Pieza creada para un sorteo de beneficencia de la empresa estatal de juegos de azar. Cabe destacar el sentido social, colectivo y participativo de su mensaje. Fuente: Proyecto 40 años Afiche Político en Chile (<http://afichepoliticoenchile.cl/>)

En este período fue notoria la mejoría de la salud de la población, lo que se vio reflejado en algunos indicadores como la tasa de mortalidad, que pasó de **11,09** cada mil habitantes en 1964 a **8,1** en 1973 (Livingstone y Raczynski, 1974; Molina Bustos, 2009). Estos indicadores y otros como la mortalidad infantil mejoraron especialmente durante el gobierno de Allende, lo que para Molina Bustos revela la intervención decisiva para mejorar las condiciones de las mayorías.

¿De qué otro modo es posible explicar un descenso del 17,9% de la mortalidad infantil nacional y un descenso de 5,8% de la mortalidad general nacional en un periodo menor de tres años, sino a partir de una actividad sanitaria de masas, que permitió inmunizar en 1972 al 80% de la población nacional susceptible de poliomielitis, en 48 horas? (Molina Bustos, 2009, p. 83).

Con el golpe militar de 1973 se cerró violentamente la etapa de la medicina social chilena y algunos aspectos como la participación ciudadana se vieron inmediatamente coartados. Tal como veremos más adelante, si bien algunos lineamientos de las nuevas políticas de salud estuvieron desde el principio del régimen, el giro radical hacia las políticas neoliberales se llevó a cabo posteriormente, a partir de 1979.

La erradicación de la viruela a nivel mundial: el gran símbolo del triunfo de las vacunas

Mientras en Chile se iniciaba un verdadero cambio de ciclo con un giro hacia el neoliberalismo que más tarde también impregnaría la economía y política de gran parte de los países, las políticas de salud internacional todavía estarían enmarcadas en la inercia y el ordenamiento político precedente, especialmente en las tensiones y alianzas generadas por la Guerra Fría. Una tensión que marcó y atravesó una de las campañas más emblemáticas y significativas a nivel mundial como fue la erradicación global de la viruela. La enfermedad fue declarada erradicada por la OMS en 1980 y, sin duda, es el gran símbolo del triunfo de las vacunas y de su aporte a la salud pública para combatir enfermedades infecciosas. Con esta campaña internacional se cerró un relato épico abierto en los tiempos de Jenner. *“Aunque la vacunación para la protección personal era practicada desde que fuera validada hace dos siglos, su potencial para la salud pública fue completamente alcanzado cuando la viruela fue erradicada”* (John, Plotkin, y Orenstein, 2011, p. 8835)³³. Se trata del punto álgido en la etapa dorada de la

³³ Traducción propia, en el original: *“Although vaccination for personal protection was practiced since its validation 2 centuries earlier, its public health potential was fully realized only when smallpox was eradicated”*. (John, Plotkin, y Orenstein, 2011, p. 8835)

vacunación y es el hito más destacado dentro del *discurso triunfalista*, que pone el acento en el desarrollo científico-técnico, en el gran esfuerzo del personal sanitario y en la cooperación entre países, especialmente entre las grandes potencias rivales durante la Guerra Fría, para llevar a cabo esta misión en los lugares más recónditos del planeta. La erradicación de la viruela también fue un gran hito para la OMS, que vio reforzada su posición como órgano científico-técnico de referencia en salud internacional.

No cabe duda de la trascendencia de esta campaña y de la importancia de haber terminado con una enfermedad tan brutal desde raíz, pero sí caben preguntas sobre el modelo de salud que implicó y sus consecuencias. Históricamente la OMS ha estado atravesada por la tensión entre dos visiones de la salud pública en permanente disputa: la aproximación más técnica y verticalista centrada en la enfermedad versus una visión más abarcadora, horizontal y orientada a la salud. Es decir, combatir las enfermedades poniendo el acento en soluciones científico-técnicas o entender la salud en su contexto social y apuntar a mejorar desde ese lugar (Birn, 2011; Brown, Cueto, y Fee, 2006). Tal como hemos analizado anteriormente esta discusión ha acompañado a las vacunas prácticamente desde sus inicios y también está presente en el planteo y desarrollo de la campaña de erradicación de la viruela.

La campaña se desarrolló durante el período más conflictivo de la Guerra Fría y muchas de las decisiones tomadas para erradicar la viruela dentro de la OMS se vieron influenciadas por el balance de poderes entre el bloque soviético y EEUU (Brown et al., 2006). En el período en que la URSS se retiró de las Naciones Unidas, entre 1949 y 1956, la mayor influencia la ejerció EEUU y sus aliados, que apoyaron la erradicación de otra enfermedad: la malaria (Brown et al., 2006). En este contexto, hubo un primer intento de erradicación de la viruela pero a nivel regional, en América, a partir de 1950 y durante 8 años la OPS lideró un proyecto de erradicación en el continente americano con buenos resultados. Años más tarde, el entonces director de la OMS, Brock Chisholm, presentó una propuesta de erradicación a nivel mundial pero fue rechazada por ser “poco realista” (Fenner et al., 1988).

El concepto de erradicación no era algo aceptado unánimemente por los expertos, aunque ya se habían iniciado programas de erradicación contra otras enfermedades como el ya mencionado de la malaria u otras como la fiebre amarilla. Tampoco estaba

claro cuál era la tasa de vacunación necesaria para alcanzar este objetivo a nivel global ¿había que vacunar al 100% de la población de todo el planeta para lograrlo? Las respuestas no eran claras pero las experiencias regionales daban algunas pistas para pensar que la erradicación de la viruela era posible. Desde 1953 Europa estaba libre de la enfermedad y ya en 1959 la viruela había sido erradicada también de Centro y Norteamérica. Así, aunque en estos países la viruela no representaba un problema de salud pública, sí tenían que invertir grandes sumas regularmente para mantener altas tasas de vacunación contra la enfermedad, ya que había posibilidades de importar casos de otras regiones, especialmente aquellos países europeos que tenían colonias en zonas donde la enfermedad era endémica (Fenner et al., 1988). En los países industrializados el costo económico de proteger a la población era alto para una enfermedad que ya no significaba un problema de salud relevante y los efectos secundarios derivados de la misma vacunación pasaban a representar un mayor problema. Todo esto invertía la relación costo-beneficio.

El balance entre costos y beneficios de la vacunación obligatoria en los países industrializados ya no estaba tan claramente a favor de los beneficios. Los costos comenzaron a asumir un significado mayor, excepto en los casos de brotes causados por inmigrantes infectados o viajeros que retornaban del extranjero. Los países industrializados, con el objetivo de evitar la vacunación en ellos mismos, tenían que intentar erradicar el virus en los países en desarrollo donde la enfermedad aún persistía. El beneficio de esta política era importante tanto para los países en los cuales la viruela ya estaba erradicada como para los que todavía estaban contaminados (Bazin, 1999, p. 172)³⁴.

³⁴ Traducción propia, en el original: *“The balance between the costs and benefits of obligatory vaccination in the industrialised countries was no longer so clearly in favour of the benefits. The costs began to assume a greater significance, except in the cases of outbreaks caused by infected immigrants or travellers returning from abroad. The industrialised countries, in order to avoid having to vaccinate themselves, had to try and eradicate the virus from the developing countries where the disease still persisted. The benefit of this policy was as important for countries which had already eradicated smallpox as for those still contaminated”* (Bazin, 1999, p. 172).

Cuando la URSS retornó a las Naciones Unidas, uno de sus proyectos clave fue el de la erradicación de la viruela. El argumento del beneficio que significaba para los propios países desarrollados fue utilizado por el representante de la URSS, Viktor Zhdanov, en su amplio informe presentado en la *World Health Assembly* de 1958. Además, el texto señalaba la factibilidad de erradicar la viruela en un plazo de 10 años y para ello además de implementar otras medidas, la URSS ofrecía, junto con Cuba, una donación de 25 millones y 2 millones de vacunas respectivamente (Brown et al., 2006). La propuesta fue aprobada en la *World Health Assembly* de 1959 y con ello se dio por iniciada la primera etapa de la campaña.

Entre 1959 y 1965 la campaña había avanzado pero la viruela todavía estaba presente en numerosos países. Recién cuando el presidente Lyndon Johnson dio la orden de que EEUU se comprometiera con la campaña, se consiguió el apoyo necesario para que en 1967 la OMS impulsara el *Intensified Smallpox Eradication Program* (Brown et al., 2006). Diez años después se registraba el último caso de viruela en Somalia³⁵ y en 1980 la OMS declaró oficialmente la erradicación global de la viruela.

Una vez erradicada la enfermedad, una de las primeras medidas que recomendó la OMS fue cesar las vacunaciones en todo el mundo, lo que implicaba un acto de confianza por parte de la mayoría de los países y sus ciudadanos en la capacidad de este organismo internacional para vigilar y certificar el fin de la enfermedad. Así, vemos que en este caso la confianza en la OMS fue fundamental tanto para emprender la campaña de vacunación como para posteriormente dejar de vacunar.

Con la campaña de erradicación de la viruela, la promesa de terminar con las enfermedades infecciosas a través de las vacunas era renovada con más fuerza. Incluso antes de que se terminara, los avances de esta campaña dieron un impulso a las inmunizaciones en general y pusieron a las vacunaciones sistemáticas en la órbita de los organismos internacionales, principalmente de la OMS y UNICEF.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones fue lanzado por la Organización Mundial de la Salud en 1974, cuando la erradicación global de la viruela estaba cerca de ser completada, ilustrando el poder

³⁵ Aunque posteriormente hubo un caso originado en un laboratorio en Londres (Fenner et al., 1988)

de la vacunación como una herramienta de intervención en salud pública
(John et al., 2011, p. 8835).³⁶

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tenía como objetivo promover una serie de vacunas que se encontraban subutilizadas especialmente en países de medios y bajos ingresos. Este programa fue lanzado en 1974 con un esquema básico de vacunación contra una serie de enfermedades infantiles: tuberculosis, difteria, pertussis (también conocida como tos convulsa o coqueluche), tétanos, poliomielitis y sarampión. A la vez se incluyó la vacuna contra el tétanos neonatal para embarazadas. El PAI contemplaba que las vacunas debían ser gratuitas, con estándares definidos de producción y distribución, y en cada país se debía alcanzar la vacunación de un 80% de la población a la que estaban dirigidas (John et al., 2011). De esta forma, el PAI estableció las bases de los calendarios vacunales tal como los conocemos en la actualidad en la mayoría de los países.

El éxito de la campaña de erradicación de la viruela se transformó en un modelo a ser imitado con otras campañas de este tipo. Si bien el ideal de terminar para siempre con distintas enfermedades puede ser una aspiración válida para la salud pública, son varias las críticas que se pueden hacer a los programas de erradicación de enfermedades. Siguiendo a Birn (2011), entre las principales se pueden señalar: que se aplican de una manera “verticalista”, supeditando las necesidades locales a las del programa global, y que no se integran a los sistemas de salud local. Estas campañas refuerzan las aproximaciones tecnocráticas y basadas en la enfermedad, más que trabajar sobre las condiciones generales de salud o las causas sociales que pueden estar en el origen de las enfermedades. Además, un aspecto fundamental, especialmente en países con pocos recursos, es que al estar centradas en un objetivo específico se desperdician oportunidades valiosas de prevenir otros problemas de salud. Y por último, en el caso en que las presiones por alcanzar metas llevan a aplicar medidas coercitivas, a largo plazo se genera desconfianza hacia las autoridades de salud locales o extrajeras.

Así, el espíritu de la campaña de erradicación de la viruela parecía estar reñido con el resurgir de la medicina social internacional que se dio en los años setenta con el movimiento de Atención Primaria en Salud, cuyos principios pueden rastrearse en el

³⁶ Traducción propia, en el original: “*The Expanded Programme on Immunization (EPI) was launched by the World Health Organization in 1974, when the global eradication of smallpox was nearing completion illustrating the power of vaccination as a public health tool of intervention*” (John et al., 2011, p. 8835).

“Informe Lalonde” de 1974, quedando plasmados en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la política de la OMS de “Salud para todos”. Este movimiento entendía la salud como un derecho humano vinculado a otros aspectos sociales, económicos y políticos, alejándose de los enfoques verticalistas y de las campañas biotecnológicas centradas en enfermedades (Birn, 2014). Aunque la importancia del reconocimiento de los factores socioeconómicos en salud y el reconocimiento de los límites de la acción “puramente médica” no son nuevos, tal como revisamos en las tradiciones de la medicina social de Virchow o en el trabajo teórico y práctico de la medicina latinoamericana, Alma-Ata le daba a este enfoque un estatus de reconocimiento internacional.

Sin embargo, no son las declaraciones formales o las campañas de erradicación en sí mismas las que inclinan la balanza hacia las visiones más tecnocráticas o más abarcadoras, sino los contextos socioeconómicos y las corrientes ideológicas predominantes. El giro hacia el neoliberalismo de la década de 1980 en adelante y la influencia del Banco Mundial en los ajustes estructurales de muchos países y especialmente en el ámbito de la salud internacional, terminaron de inclinar la balanza hacia una reinterpretación de la Atención Primaria planteada en Alma-Ata, pasando de una visión más integral de la salud a la adopción de una serie de medidas de atención primaria con metas específicas, medibles y focalizadas en los sectores más necesitados.

Es preciso desenmascarar, pues, las lecturas restrictivas, oportunistas y “simplificadas” del concepto de APS [Atención Primaria en Salud] formulado en Alma-Ata. Lejos de legitimar cualquier tipo de atención “primitiva” –para pobres- la APS se define como el primer eslabón del sistema sanitario que interviene sobre los problemas de salud a partir del análisis de los factores del medio social, con la participación de la población y en estrecha colaboración con los demás niveles del sistema sanitario (Huertas, 1998, pp. 80-81).

El nuevo enfoque de los años 80 se llamó “Atención Primaria en Salud Selectiva” y dada la reconocida costo-efectividad de las vacunas, estas pasaron a ser una de las medidas emblemáticas de esta perspectiva. Uno de los ejemplos más representativos de

esta línea es la estrategia de UNICEF adoptada en 1982 con el acrónimo de GOBI³⁷, que contempla: la monitorización de lucha contra la malnutrición infantil; la rehidratación oral para combatir las enfermedades diarreicas; la lactancia materna y las inmunizaciones.

³⁷ GOBI es el acrónimo en inglés de: *Growth monitoring to fight malnutrition children, Oral rehydration techniques to defeat diarrheal diseases, Breastfeeding to protect children, and Immunizations* (Brown, Cueto, y Fee, 2006) .

Capítulo 3: LA RACIONALIDAD NEOLIBERAL: SALUD GLOBAL Y NUEVAS RESISTENCIAS A LA VACUNACIÓN

Con el giro hacia el neoliberalismo se produjo un cambio que afectó no solo al ámbito económico, sino a todas las esferas de la vida social. Algunos autores como Laval y Dardot señalan que la efectividad de estos cambios se debe a que el neoliberalismo es ante todo una racionalidad que estructura la acción tanto de los gobernantes como la de los sujetos a quienes se gobierna. *La racionalidad neoliberal tiene como característica principal la generalización de la competencia como norma de conducta y de la empresa como modelo de subjetivación*” (2013, p. 15). Así, la penetración del neoliberalismo no solo se explica por las grandes transformaciones económicas, sino por la forma en que las personas han internalizado esta racionalidad en sus conductas cotidianas. De esta forma, la eficacia de la gubernamentalidad neoliberal no ha pasado tanto por tratar de gobernar directamente la conducta de los sujetos, sino por influir en las condiciones generales para que las personas, como “empresarias de sí mismas”, tomen las decisiones que las llevarán a convertirse en ciudadanos responsables, plenamente integrados en la vida social y económica. Por lo tanto, también será su responsabilidad si estos objetivos no se cumplen y se convierten en marginados, enfermos o desempleados. Con esta nueva racionalidad, que comienza a tomar fuerza desde mediados de 1970 y que pone nuevamente el acento en la libertad y la responsabilidad individual para tomar las “decisiones” adecuadas en todos los aspectos de la vida, también vemos resurgir las tensiones sobre la vacunación.

Desde mediados de la década de 1970, en medio del optimismo del Programa Ampliado de Inmunizaciones impulsado por la OMS y de la campaña de erradicación de la viruela, surgieron nuevas controversias sobre vacunas específicas, especialmente en Reino Unido y EEUU, que derivaron en una incipiente desconfianza pública respecto a estas medidas. En las décadas de 1980 y 1990, ante nuevos debates, empezaron a formarse organizaciones de padres críticos a las vacunas en diversos países desarrollados, que sin bien eran acotadas, tuvieron capacidad de presión ante sus representantes políticos o presencia destacada en los medios de comunicación. Muchas de las controversias y organizaciones actuales tienen su origen en esos años, aunque no es posible trazar un recorrido lineal y directo para dar cuenta de un fenómeno tan complejo.

Son muchos los factores y cambios que se producen a partir de la década de 1980, especialmente con el giro hacia el neoliberalismo, que trajeron profundas consecuencias para la salud pública en general y para las vacunaciones en particular. Como hemos señalado anteriormente el rol del Estado en general y de las políticas públicas en particular, son fundamentales para generar cambios no solo en las conductas de los sujetos, sino en la creación de nuevas subjetividades e identidades políticas.

A continuación analizaremos algunas de las políticas y reformas que se han generado en el ámbito de la salud internacional y que más han influido en el debate actual sobre vacunas a nivel mundial. Esta revisión es fundamental para comprender las controversias de nuestro caso de estudio en el ámbito chileno, en primer lugar, por el carácter transnacional que han adquirido las inmunizaciones no solo en el ámbito de las políticas públicas, sino en su investigación, producción y distribución. Por otra parte, la globalización de las comunicaciones también ha llevado a transnacionalizar las controversias a las que las personas acceden directamente.

Uno de los primeros factores que analizaremos es la profundización de una lógica de mercado en el ámbito de la salud. Bajo la nueva racionalidad neoliberal, que tuvo a Chile como un verdadero “laboratorio” y ejemplo para otros países de la región, el Estado debía centrarse en garantizar el funcionamiento del libre mercado a partir de la competencia y dejar de brindar servicios que podían ser privatizados. Así, se pasó a la ofensiva en el ataque al Estado de Bienestar como modelo y la seguridad social fue presentada como un lastre para el crecimiento económico y la competencia. Desde organismos internacionales como el FMI o el Banco mundial se pidieron ajustes estructurales y la liberalización de los servicios públicos que, con resultados diversos de acuerdo a la situación de cada país, abrieron las puertas para un mercado de la salud que funcione bajo lógicas más cercanas a las del consumo que a las de los derechos sociales.

En el ámbito de la salud internacional esto se tradujo en un giro hacia visiones más tecnocráticas y se produjo un alejamiento de los principios más transversales y sociales de Alma-Ata, lo que quedó reflejado en el aumento de estrategias basadas en alianzas público-privadas, la mayor influencia del Banco Mundial en las políticas de salud de la OMS o una profundización en las tensiones entre las visiones más verticalistas y las integrales de salud. Este giro más tecnocrático también tendrá su versión en Chile, en un contexto agravado por la represión política y social e incluso de crisis económica, como

la generada en la década de 1980. Tal como veremos, todos estos aspectos influirán tanto en las políticas de vacunación como a quienes están dirigidas.

Por otra parte, en esta etapa también se produjo un cambio relevante en la salud poblacional: la llamada “transición epidemiológica”. Las enfermedades infecciosas, especialmente aquellas prevenibles con vacunas, ya no representaban el principal problema de salud de los países industrializados, sino que tomaron mayor relevancia las enfermedades crónicas-no transmisibles, más relacionadas con los estilos de vida como la obesidad, el tabaco o el sedentarismo. Condiciones que en el caso chileno se darán más tardíamente pero que tienen total vigencia en la actualidad. En este contexto, se vuelve clave el papel de los ciudadanos en el cuidado de su propia salud, pero a la vez se genera una nueva tensión sobre las posibilidades participación y las definiciones de responsabilidad. Las estrategias de las últimas décadas de responsabilización-culpabilización de los individuos de sus problemas de salud, que deben ser previstas y resueltas con lógicas de mercado, entran en tensión con las reivindicaciones de participación ciudadana, con lógicas de derecho y rendición de cuentas de las autoridades.

A continuación, analizaremos algunos de estos aspectos que, sin duda, influyen en las condiciones objetivas en las que se producen y distribuyen las vacunas, pero también en la forma en que los ciudadanos las perciben y las incorporan (o rechazan) dentro de sus estrategias de cuidado de su salud. Aspectos que serán profundizados en el caso chileno, en la segunda parte de esta investigación, especialmente analizando la perspectiva de los actores que participan en las controversias sobre vacunas.

Neoliberalismo y transformaciones en el mercado global de las vacunas

Bajo la nueva racionalidad neoliberal, el Estado tomó un rol activo en la creación de las condiciones adecuadas para el funcionamiento de un mercado de la salud. Para ello, primero fue necesario desacreditar el modelo del Estado de Bienestar y a uno de sus pilares: la seguridad social. Esta fue presentada como ineficiente e incluso poco equitativa, para luego justificar la creación o la profundización de modelos con servicios de salud diferenciados según el poder adquisitivo de los distintos sectores sociales. Bajo

el nuevo paradigma, el Estado debía encargarse de los sectores más pobres de la población y dejar en manos de privados aquellos grupos más rentables, algo que por ejemplo, ya funcionaba de alguna manera en EEUU o que como veremos más adelante, se implementó en Chile con las políticas neoliberales de la dictadura de Pinochet.

Este discurso privatizador se profundizó en la década de 1990, lo que puede verse de manera muy explícita en el influyente informe del Banco Mundial de 1993, “Invertir en Salud”, en el que este organismo llamaba a los Estados a reformar sus sistemas de salud para focalizar los esfuerzos en los sectores más pobres.

¿Deben los gobiernos pagar los servicios para todo el mundo, o sólo para los pobres? El principal problema de financiamiento público universal es que subvenciona a las personas acomodadas, que pueden permitirse pagar sus propios servicios, y con ello se reducen los recursos públicos disponibles para los pobres. [...]

Garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse requerirá reformas importantes de dicho sistema y una considerable reasignación del gasto público. Sólo mediante la reducción o eliminación de los gastos en servicios clínicos discrecionales podrán los gobiernos concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre” (Banco Mundial, 1993, p. 11).

Así, en nombre de la eficiencia en el gasto público y su focalización en los sectores más pobres, el Banco Mundial alentaba a los Estados a abandonar la universalidad y las políticas integrales para centrarse en los sectores más pobres y en el uso de las medidas más “costo-efectivas”. En este sentido, una de las medidas que promueve es fortalecer y ampliar las inmunizaciones.

Es necesario que se intensifique el respaldo oficial a la extensión del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que actualmente proporciona protección frente a seis enfermedades importantes a alrededor de un 80% de los niños del mundo en desarrollo a un costo aproximado de \$1.400 millones al año. La ampliación de la cobertura del

PAI al 90% de los niños tendría un efecto significativo en los pertenecientes a las unidades familiares pobres, que representan un porcentaje desproporcionado de los que ese programa aún no ha alcanzado. Se podrán agregar otras vacunas –en particular contra la hepatitis B y la fiebre amarilla- a las seis que actualmente comprende el PAI, y también suministrar suplementos A y yodo (Banco Mundial, 1993, p. 8).

Sin embargo, la penetración de las lógicas de mercado en el ámbito de la salud ha sido mucho más abarcadora que la privatización de los servicios sanitarios y ha calado hondo incluso en los países en que se ha mantenido el acceso universal y gratuito a la atención sanitaria. Además, estas lógicas no siempre han sido tan evidentes ni para usuarios ni para el personal sanitario o para los mismos investigadores. En este sentido, en la década de 1990 se pusieron en marcha mecanismos complejos que a largo plazo han colocado cada vez más a los Estados en una situación de dependencia y con poco margen de negociación frente al llamado “complejo médico-industrial”³⁸, al capital financiero especulativo que invirtió en el ámbito de la salud, especialmente en los sistema de seguros privados, y más recientemente, a las llamadas “alianzas público-privadas” internacionales, donde tiene gran peso el sector privado.

En este contexto, los Estados se fueron retirando de la investigación y producción de medicamentos complejos para concentrarse en bienes y servicios básicos, creando así las condiciones para que el sector privado se encargue de aquellos que requieren mayor inversión y desarrollo tecnológico, pero que también son más lucrativos. De esta forma, tal como señala Lema Añón, se ha ido acrecentando la dependencia y también la influencia que tienen estos grupos:

en la medida en que la producción de este tipo de bienes tecnológicamente avanzados y caros aparece concentrada en grupos oligopólicos de carácter transnacional, tales grupos tienen un enorme poder para transformar en su favor las jerarquías de cuidados médicos, presentando como indispensables o como los más eficaces los que ellos mismos producen (2012, p. 48).

³⁸ El “complejo médico-industrial” va más allá de la industria farmacéutica, atravesando todo el entramado sanitario. Con ese nombre se alude al tipo de dependencia y relación que tienen los países con el llamado “complejo militar-industrial”.

Este es un fenómeno que ha afectado particularmente a la producción de vacunas. Hasta fines de la década de 1990 no había grandes diferencias entre las vacunas que se vendían en países industrializados y los países en vías de desarrollo, ya que todos utilizaban las vacunas básicas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, además, las compañías mantenían un alto nivel de stock utilizando las capacidades ya existentes y había cierto nivel de competencia entre proveedores, lo que mantenía los precios bajos (OMS et al., 2010). Desde muchos puntos de vista las vacunas básicas no eran un negocio rentable, por lo que las grandes compañías no estaban interesadas en su producción y comenzó a peligrar el abastecimiento.

Sin embargo, estas condiciones cambiaron a partir del año 2000 y ya en el primer decenio las vacunas se habían convertido en uno de los mercados más rentables y de mayor crecimiento en el mundo, cuyas principales ganancias están concentradas en pocas compañías transnacionales como Merck, Pfizer, Sanofi, Novartis y GlaxoSmithKline. “La producción de vacunas se ha transformado en un negocio global basado en la investigación, con altos estándares industriales para asegurar la calidad y con potencial para sustanciales ganancias”³⁹ (Kaddar, Milstien, y Schmitt, 2014, p. 436).

Una de las principales razones de este cambio fue el desarrollo de vacunas más complejas y más rentables, como por ejemplo, la neumocócica conjugada en el año 2001. De acuerdo con un informe de la OMS (2010), los países de mayores ingresos fueron prefiriendo vacunas de segunda generación y algunas nuevas que eran más costosas, lo que trajo grandes beneficios a ciertas empresas. Así, las grandes compañías se inclinaron hacia el desarrollo y comercialización de este tipo de productos, alejándose del negocio de las vacunas tradicionales.

El panorama del suministro de vacunas está dominado por un pequeño número de fabricantes multinacionales radicados en países industrializados. A mediados de 2008, cinco importantes empresas productoras de vacunas, todas ellas grandes empresas farmacéuticas, obtenían más del 80% de los ingresos mundiales en concepto de vacunas.

³⁹ Traducción propia, en el original: “*Vaccine production has become a research-based global business with high industrial standards for quality and the potential for substantial profits*”.

Los ingresos restantes se dividen entre más de 40 fabricantes de los países en desarrollo (OMS et al., 2010, p. 30).

Sin embargo, tal como añade este informe, estas cifras son más destacables aún si se tiene en cuenta el volumen de producción, ya que solo el 14% viene de proveedores de países industrializados y el restante 86% de proveedores de países en vías de desarrollo, lo que quiere decir que estos últimos producen las vacunas tradicionales de bajo costo que consume la mayoría de la población mundial (OMS et al., 2010).

Como las grandes compañías se han centrado en las vacunas con más rentabilidad, otros productores se han vuelto cada vez más relevantes para el abastecimiento de las vacunas tradicionales, como por ejemplo los que operan en países “emergentes” conocidos como BRICS (Brasil, Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica). En el 2012, dentro de la participación de mercado que tenían los proveedores de países de pequeños- medianos ingresos, los fabricantes de los países BRICS, especialmente los de India, eran los principales proveedores para UNICEF y el Fondo Rotatorio de vacunas de la OPS, tanto en términos de volumen como en valor (Kaddar et al., 2014). De esta forma, estos productores han impactado en el mercado global de vacunas manteniendo los precios bajos de las vacunas tradicionales y llegando a más países.

Por otra parte, además de la introducción de productos más rentables, otro factor que influyó en el cambio que se produjo a partir del año 2000 en el mercado global de las vacunas fue la aparición de una nueva modalidad de financiamiento centrada en las alianzas público-privadas. En este sentido, la más importante es la *Global Vaccine Alliance* (GAVI) creada en el año 2000. Se trata de una organización internacional formada por la fundación Bill y Melinda Gates, la OMS, UNICEF y el Banco Mundial, además de sumar a gobiernos, empresas privadas y otros actores de la sociedad civil. Esta alianza señala que su objetivo es mejorar el acceso a nuevas e infrautilizadas vacunas para los niños que viven en los países más pobres y para ello ha implementado un “modelo de negocios” que, según su propia página web, busca no solo financiar la introducción de nuevos productos sino reconfigurar el mercado de las vacunas.

Mediante la demanda mancomunada de los países en desarrollo de nuevas vacunas y la disponibilidad de financiamiento previsible y a largo plazo para satisfacer esta demanda, el modelo de negocios de la Alianza

de la Vacuna influencia el mercado de las vacunas. Estas ayudas atraen a nuevos productores, incluyendo un creciente número de proveedores situados en mercados emergentes, incrementa la sana competencia y, como resultado, conduce los precios de las vacunas a la baja⁴⁰ (GAVI, s/f)

Si bien la compra de vacunas en conjunto para países en desarrollo es un sello distintivo de esta alianza, no se trata de algo nuevo ni único, ya que tanto UNICEF como el Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS realizan este tipo de prácticas de forma estable y continuada desde hace más de 30 años. Lo distintivo de la alianza GAVI es la forma en que participan tanto los donantes como el sector privado y el peso que tienen en la relación con el sector público. En este sentido, GAVI se inscribe en una tendencia que caracteriza a la *salud global*, donde este tipo de alianzas público-privada han cobrado cada vez mayor relevancia con un predominio de lo que algunos autores denominan *filantropocapitalismo* (Birn, 2014; McGoey, 2012). Se trata de grandes donantes que entienden que los objetivos de la acción caritativa y los de los negocios pueden estar alineados y sin incompatibilidades. Así, trabajan con modelos de negocios que buscan que la acción filantrópica sea costo-efectiva, con metas medibles, que generen impacto y que beneficien tanto a los destinatarios como a las empresas que participan.

En la actualidad, el ejemplo más relevante de filantropocapitalismo en el ámbito de la salud global es la Fundación Bill y Melinda Gates, fundadores de la alianza GAVI, cuyo fondo de donación hasta el 2015 ha sido de US\$ 39.6 billones (Bill y Melinda Gates Foundation, 2015), lo que en algunos ítems ha llegado a sobrepasar el presupuesto de la OMS. Además, esta fundación ha sido clave para atraer a otros grandes donantes y para fortalecer el modelo de alianzas público-privadas en general y la alianza GAVI en particular.

⁴⁰ Traducción propia, en el original: “By pooling the demand from developing countries for new vaccines and providing long-term, predictable financing to meet this demand, the Vaccine Alliance’s business model influences the market for vaccines. This helps attract new vaccine manufacturers, including an increasing number of suppliers based in emerging markets, increase healthy competition and, as a result, drive vaccine prices down” (GAVI, s/f) .

Uno de los aspectos más cuestionables es que fundaciones como la de Bill y Melinda Gates están teniendo cada vez más poder e influencia en la toma de decisiones y diseños de políticas de salud a nivel internacional, pero no se someten al escrutinio público de la misma forma que las entidades públicas, sino que solo responden a sus propios directorios o comités ejecutivos (Birn, 2014). Además de las críticas clásicas a la filantropía por no actuar en una lógica de derechos, sino en lo que el filántropo puede (y quiere) entregar, este modelo ha recibido otras críticas más puntuales y recurrentes como los conflictos de interés o la excesiva presencia de ejecutivos de grandes compañías farmacéuticas en sus directorios. Sin embargo, uno de los problemas cruciales está en la línea de lo que Anne-Emanuelle Birn señala sobre la separación entre lo público y privado en el contexto actual.

La metamorfosis ideológica bajo el neoliberalismo contemporáneo es tal que mientras que en el pasado las actividades públicas directamente relacionadas con fines de lucro eran denunciadas por ser interesadas y una violación al principio de separación entre los intereses públicos y privados, en la actualidad son vistas por el capital privado – y racionalizada con una inquietante tranquilidad pública- como un resultado deseable que debe ser alentado más que evitado como problemático o poco ético (2014, p. 15)⁴¹.

Aunque las fundaciones y acciones filantrópicas en salud internacional no son nuevas, un ejemplo relevante es la Fundación Rockefeller, las alianzas público privadas de la *salud global* actual tiene sus nuevas características. La difuminación de los límites entre lo público y lo privado que se da en alianzas como GAVI, no solo es posible por las prácticas del nuevo filantrocapialismo y su aval para la participación de actores del sector privado con fines lucrativos, sino que también por la validación e incorporación de modelos de negocios competitivos y estilos de *management* empresarial en el ámbito público. Algo que además opera bajo el supuesto de que las lógicas y reglas del mercado son las mismas con las que funciona la salud pública. Desde una lógica de

⁴¹ Traducción propia, en el original: “*The ideological metamorphosis under contemporary neoliberalism is such that whereas in the past public health activities directly linked to profit-making were denounced for being self-serving and a violation of the principle of separation of public and private interests, today they are viewed by private capital—and rationalized by a disquietingly quiet public—as desirable outcomes that ought to be encouraged rather than eschewed as problematic and unethical*” (Birn, 2014, p. 15).

mercado, es esperable que las grandes farmacéuticas se enfoquen en aquellos productos más rentables, dejando otros como las vacunas básicas a otros productores o incluso al sector público como son los casos de Brasil e India. También es lógico que estas empresas presionen por incorporar las vacunas más rentables en nuevos mercados y, especialmente, que sean incorporadas en los calendarios vacunas, pero no necesariamente estas son las prioridades de la salud pública de cada país y son las autoridades sanitarias nacionales e internacionales quienes deben evaluar y establecer sus propias necesidades. Por esta razón, es que es tan necesaria la claridad de los límites entre lo público y lo privado, especialmente para mantener la confianza del público.

De esta forma, vemos que dentro de las dos grandes líneas que hemos señalado como en permanente disputa en la OMS y de la salud pública internacional, estas alianzas público-privadas, con su gestión empresarial y su acento en medidas costo-efectivas, competitivas y de rápido impacto, están más cerca del modelo verticalista que de aquel más abarcador como el propuesto en Alma Ata. Como ya hemos visto, este último entiende la importancia de fortalecer la atención primaria en Salud y de mejorar las condiciones socioeconómicas para fortalecer la salud de la población, resultados que se ven a largo plazo y como una suma de acciones. Y si bien las inmunizaciones pueden ser parte de ambas líneas según el modelo al que se las integre, la Fundación Bill y Melinda Gates, a través de la Alianza GAVI, ha elegido a las vacunas como uno de los principales emblemas de su acción filantrópica, justamente por el potencial que tienen para impactar a corto plazo, por su costo-efectividad y por su visibilidad pública. De esta forma, cabe preguntarse si los cuestionamientos a las vacunas, en gran medida, no están interpelando en parte a este tipo de modelos de salud global.

Transición epidemiológica: el acento en los estilos de vida y la responsabilización del individuo

La transición epidemiológica y el consecuente acento en los estilos de vida saludables son aspectos relevantes para comprender los enfoques de las políticas de prevención y promoción de la salud que se han aplicado en las últimas décadas. A la vez, también ayudan a entender la forma en que los sujetos han internalizado estas políticas,

generando nuevos marcos explicativos para el cuidado de su salud y asumiendo nuevos roles en ese proceso. Todos estos factores han afectado directa o indirectamente tanto a las políticas de vacunación como a su aceptabilidad por parte de la población.

En 1971 Abdel Omran publicó un influyente artículo en el que describía la transición epidemiológica relacionando los cambios demográficos de los países que se habían “modernizado”, con la transformación de los patrones de salud y enfermedad de su población. Así, por distintas razones socioeconómicas, culturales y sanitarias, estos países habrían pasado de tener altas tasas de natalidad y mortalidad, a la disminución de ambos indicadores, aumentando esperanza de vida y el envejecimiento de la población. Como consecuencia de estos cambios también hubo una transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónico-degenerativas y las “producidas por el hombre”⁴² desplazaron a las infecciosas como primeras causas de morbilidad (enfermedad) y mortalidad. En su trabajo Omran propone tres modelos representados por distintos países: el clásico u occidental (Inglaterra y Suecia); el modelo de transición acelerada (Japón) y el modelo tardío (Chile y Ceylán). En su análisis Omran toma como referencia el modelo clásico u occidental, con países desarrollados donde la transición ya se habría producido, mientras que los otros países estarían en vías de esta transformación y, por lo tanto, esta teoría supuestamente les ayudaría a dirigir sus acciones en materia de políticas públicas.

Si bien esta teoría ha sido modificada, por ejemplo agregándole nuevas etapas, y también criticada, especialmente por la idea lineal de desarrollo en la que se sustenta, en general ejerció gran influencia como modelo explicativo y fue adoptada por muchos países, como por ejemplo Chile, a la hora de dirigir sus políticas de prevención y promoción de la salud.

Una de las consecuencias sobre la que advierte Huertas (1998), respecto a las nuevas políticas sanitarias basadas en la transición epidemiológica es que contribuyen a la responsabilización o culpabilización de los individuos sobre su salud. Si bien no puede afirmarse que esto se produjera solo por una teoría, sí le dio respaldo a los nuevos postulados neoliberales que también iban en esa dirección de acentuar las acciones

⁴² Omran no aclara a qué se refiere específicamente con enfermedades “producidas por el hombre (*man-made diseases*)”, aunque en algunos gráficos muestra categorías como “muertes violentas”.

individuales, en detrimento de las acciones más colectivistas y de las miradas más integrales.

Esta transición o “revolución” epidemiológica, constituye uno de los puntos de partida fundamentales de los nuevos enfoques y de los nuevos modelos sanitarios desarrollados a partir de la década de los setenta. Momento que coincide, además, con el inicio de un “ciclo depresivo” del capitalismo, en el que junto a la crisis económica y energética, la desestructuración del modelo de acumulación basado en el llamado estado del Bienestar, dio lugar a las dificultades de la legitimación del propio sistema socio-económico (Huertas, 1998, pp. 58-59)”.

Como las nuevas enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, algunos tipos de cáncer, etc.) están asociadas a determinados estilos de vida, gran parte de las políticas preventivas en salud se enfocaron en promover cambios en los comportamientos de los ciudadanos para la adopción de hábitos saludables. Esta lógica llevada a un extremo, y sin tener en cuenta otros factores socioeconómicos que afectan a la salud, dejaría en manos de los individuos y sus decisiones personales la adopción de hábitos saludables y la culpabilización de quienes no toman las “decisiones correctas”. En este punto se vuelve clave la información, que debe ser activamente buscada por los individuos, para la toma de decisiones. Así, se produce también una cierta moralización en torno a la salud, algo que recuerda a los higienistas de los siglos XVIII y XIX cuando culpaban a las clases populares y sus comportamientos de las enfermedades que padecían. A esto se sumaron también los discursos sobre el “empoderamiento” que en la década de 1970 eran reivindicativos y en la actualidad han pasado a acentuar esta faceta de la responsabilización individual del “cuidado de sí”. En el ámbito de la salud, tanto las consecuencias de la transición epidemiológica como los discursos de empoderamiento han desembocado en un concepto que en la literatura anglosajona se denomina “*healthism*” y que ha sido traducido como “salutismo”. Este término se utiliza para dar cuenta de esa dimensión moral de la promoción de la salud, que pone el acento en los estilos de vida y en la responsabilidad del individuo de su propia salud. Ver definición de Crawford y su relación con las terapias alternativas

De esta forma, vemos que estos discursos han quitado centralidad a las enfermedades infecciosas, que son justamente aquellas prevenibles por vacunas, y se han centrado en las crónicas-degenerativas más asociadas a otros factores como los estilos de vida.

Además, muchas campañas de vacunación estuvieron centradas en las mujeres, a quienes se les asignaba el rol de cuidadoras por excelencia y por lo tanto, responsables de tomar decisiones sobre la salud de la familia. Un ejemplo en esta dirección fue la intensa campaña de inmunizaciones que llevó a cabo el Presidente Carter junto a su mujer, Rosalynn Carter, a fines de la década de 1970, en EEUU.

La maternidad moderna, como lo ha argumentado la historiadora Rebecca Jo Plant, pudo haber sido un tema cada vez más privado, pero las madres americanas en los setenta todavía estaban culturalmente presionadas para asumir el sentido de la responsabilidad exclusiva y para toda la vida del bienestar de sus hijos.

Una tarea percibida como deber de las madres, la de vacunar a sus hijos, tomaba dos direcciones diferentes. Para los políticos y funcionarios de salud que promovían la vacunación en los setenta, las madres eran a menudo vistas como un recurso ya dedicado a la causa de proteger a sus hijos. Por otra parte, cuando los niños no eran vacunados, a menudo las madres eran consideradas culpables y etiquetadas de descuidadas, sin educación e irresponsables (Conis, 2015, p. 108).⁴³

De esta forma, la responsabilización era aún mayor en el caso de las mujeres. Tal como la campaña de Carter supo explotar, lo propio de una madre de clase media en EEUU, bien educada y responsable, era vacunar a sus hijos y lo contrario, sucedía con aquellas madres de guetos, pobres y sin educación. La vacunación era a la vez una expresión de aspectos de género, clase y raza.

⁴³ Traducción propia, en el original: “Modern motherhood, as historian Rebecca Jo Plant has argued, may have been an increasingly private affair, but American mothers in the seventies were still culturally pressed upon to assume a sense of lifelong and exclusive responsibility for their children’s well-being. A mother’s perceived duty to vaccinate her children cut in two different directions. For health officials and politicians promoting vaccination in the seventies, mothers were often viewed as a ready resource already dedicated to the cause of protecting their children. On the other hand, when children went unvaccinated, mothers were often held culpable and labeled thoughtless, uneducated, and irresponsible” (Conis, 2015, p. 108).

Algunas autoras como Elena Conis (2013) han vinculado los cuestionamientos a la vacunación de fines de la década de 1970 con los movimientos feministas que llamaban a las mujeres a tomar el control de su salud, largamente depositado en manos de médicos, que generalmente eran hombres. Las dudas sobre la excesiva medicalización del cuerpo femenino y la falta de discusión sobre los riesgos también llegaron a las vacunas de la mano de estos sectores feministas.

Nuevos debates, nuevas resistencias

Tal como se hemos analizado, entre mediados de 1970 y principios de 1980 se produjeron algunos de los hitos más destacados de la historia de la vacunación, como la puesta en marcha del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la OMS en 1974 o la declaración de la Erradicación Global de Viruela en 1980. Con este último hito se puede decir que se coronó la “etapa dorada de la vacunación”, sin embargo, también en este período se originaron nuevas formas de resistencia a la vacunación que con diversas características, demandas o formas de organización, han continuado hasta la actualidad.

Así, desde mediados de la década del 1970 se han producido periódicamente una serie de controversias sobre vacunas específicas, que con diversos grados de repercusión pública han llevado a cuestionar aspectos más generales de las políticas de vacunación. Entre las más relevantes se encuentran el debate sobre la vacuna pertussis (1974-1986), la controversia sobre la vacuna triple vírica –sarampión, paperas, rubeola- y su asociación con el autismo (1993-2004), las repercusiones de la vacuna contra la gripe H1N1 por la declaración de pandemia de la OMS (2009-2010), los debates sobre el preservante Timerosal y el autismo (2002-2014) y la vacuna contra el papiloma humano (2014-actualidad).

La vacuna pertussis y las organizaciones de padres

Una de las controversias que tuvo más repercusión y consecuencias a nivel internacional fue la iniciada en Reino Unido a mediados de la década de 1970 en torno a la vacuna

pertussis (también conocida como tos convulsa, tos ferina o coqueluche) y que, posteriormente, se extendió a EEUU, Japón y Australia, entre otros países. Esta controversia fue relevante porque a partir de ella se crearon una serie de agrupaciones de padres críticos a la vacuna en distintos países, lo que da cuenta de un fenómeno que excede los ámbitos locales y que si bien no han funcionado como una red organizada, sí han permitido compartir información, experiencias y han servido de ejemplo para nuevas organizaciones.

Los debates sobre la vacuna pertussis comenzaron en el ámbito científico cuando Kulenkampff, Schwartzman y Wilson (1974) publicaron el artículo “*Neurological complications of pertussis inoculation*”, en el que se relacionaba la vacuna DPT (Difteria, Pertussis y Tétanos) con las complicaciones neurológicas sufridas por 36 niños del *Hospital for the Sick Children* de Londres. Este artículo abrió un fuerte debate en revistas científicas, con visibles opositores a esta vacuna como el profesor de la Universidad de Glasgow, Gordon Stewart, y luego la polémica saltó a los medios masivos de comunicación. A partir de esta situación, los padres y madres que estaban convencidos de que sus hijos eran víctimas de la vacuna DPT formaron la *Association of Parents of Vaccine-Damaged Children* (Asociación de Padres de Niños Dañados por la Vacuna), para pedir entre otras cosas, un sistema de compensación. Todo este clima generó incertidumbre en el resto de la ciudadanía y hubo un importante descenso de las tasas de vacunación de DPT en Reino Unido, pasando de un 70-80% a menos de un 40%, lo que tuvo como consecuencia una serie de brotes epidémicos de pertussis en los años posteriores (Blume, 2006). En medio de este debate, el Gobierno inició una serie de investigaciones que años después concluyeron que el riesgo de daños neurológicos por la vacuna DPT era muy bajo. Sin embargo, los padres de la Asociación de Padres de Niños Dañados por la Vacuna continuaron la batalla a través de demandas judiciales, lo que mantuvo el debate en la palestra mediática cada cierto tiempo (Baker, 2003).

La repercusión que alcanzó el debate sobre la vacuna pertussis no puede atribuirse a una sola causa, aunque haya habido “disparadores” que iniciaran los debates. Baker (2003) destaca la complejidad de un escenario en el que los medios de comunicación tuvieron un rol pero más determinante fueron otros actores, como la batalla dentro de la propia comunidad científica, las demandas de los padres afectados que mantuvieron el conflicto visible durante un largo período o la falta de resolución del Gobierno. Sin embargo, Baker también destaca la “tradición” de escepticismo hacia las vacunas en

Reino Unido, que se remonta a las Ligas Antivacunación del siglo XIX y de quienes se ha heredado una férrea oposición a la vacunación obligatoria.

El debate sobre la vacuna pertussis llegó unos años después a EEUU, pero no tanto a través de controversias científicas como por los medios de comunicación y las organizaciones de padres afectados. En 1982 se emitió a nivel nacional el reportaje *DPT: Vaccination Roulette* (DPT: la ruleta de la vacunación), una investigación periodística de casi una hora que cuestionaba la seguridad de la vacuna pertussis, presentando emotivos testimonios de madres que la culpaban del daño neurológico de sus hijos y a expertos con diferentes opiniones respecto a la relación riesgo-beneficio de esa vacuna. Como ejemplo se presentaron los casos de otros países, con hincapié en Reino Unido, destacando que allí habría más estudios, formas de compensación y donde los padres tendrían la opción de decidir, no como en EEUU. Incluso, uno de los entrevistados era el profesor Gordon Stewart, quien fuera uno de los rostros más visibles del debate británico. Desde un inicio, se señala que la finalidad del reportaje es proveer suficiente información para tener una “discusión informada” que afectaba a cada familia en EEUU y ponía en un dilema a los padres, a la vez que se criticaba la falta de estudios y datos brindados por el *establishment* médico y las autoridades sanitarias.

El reportaje tuvo una importante repercusión que se tradujo no tanto en una caída de las tasas de vacunación como en Reino Unido, sino en demandas judiciales. Inmediatamente después del programa se formó la agrupación Dissatisfied Parents Together - DPT - (Padres Insatisfechos Unidos) que continúa activa hasta la actualidad, aunque con el nombre de National Vaccine Information Center (Centro Nacional de Información sobre Vacunas). Este grupo ejerció una importante presión a través de la opinión pública y en el Congreso para obtener un sistema de compensación para niños afectados por las vacunas. Una de la fundadoras de esta agrupación, Barbara Loe Fisher, ha participado activamente en comités y discusiones sobre vacunación en EEUU hasta hoy, y también fue coautora del libro “DTP: A shot in the Dark” (DTP: un disparo en la oscuridad) que tuvo una amplia repercusión cuando fue publicado en 1985.

Las demandas por vacunas no eran nuevas y tal como analizamos en el caso de la poliomielitis, esta judicialización se inició con el incidente de Cutter, en el que se estrenó la figura de “responsabilidad sin culpa” que sirvió para demandar al laboratorio por las consecuencias del fallo de esta vacuna en la década de 1950 y que posteriormente, fue utilizada para otro tipo de casos. Así, en el nuevo escenario y con el aumento de demandas que se produjo a partir del debate por la vacuna pertussis, el gobierno se vio presionado por ambos lados para encontrar una solución, por los padres que buscaban compensación y por los laboratorios que amenazaban con dejar de producir la vacunas frente a tantas demandas. De esta forma, en 1986 el gobierno de Reagan aprobó el *National Vaccine Injury Compensation Program* (Programa Nacional de Compensación por Daños de Vacunas), que funciona a partir de un fondo que se mantiene con un impuesto sobre las mismas vacunas y que sirve para compensar a aquellos niños que sufran consecuencias por la vacunación (Health Resources and Services Administration, 2016).

El debate sobre la seguridad de la vacuna pertussis se extendió a otros países que incluso dejaron de utilizarla o desarrollaron nuevas opciones como la vacuna “acelular” contra pertussis que implementó Japón a partir de 1981 (Baker, 2003). De esta forma, en esta etapa surgen en distintos países agrupaciones de padres que cuestionan no solo la seguridad de la vacuna pertussis, sino a otras vacunas o aspectos relacionados con las vacunas en general. Así, aunque en algunos países como Francia ya había agrupaciones de padres de larga data que siguen activas hoy como la *Ligue Nationale pour la Liberté de Vaccination* de 1954, vemos que entre mediados de la década de 1970 y en los años de 1990 surgen la mayoría de las nuevas asociaciones:

- **Reino Unido, 1974:** *Association of Parents of Vaccine-Damaged Children* (Asociación de Padres de Niños Dañados por la Vacuna)
- **Países Bajos, 1981:** *Bond ter Bestrijding van Vaccinedwang* (Movimiento de Lucha contra la Vacunación Obligatoria)
- **EEUU, 1982:** *Dissatisfied Parents Together – DPT* (Padres Insatisfechos Unidos), Actualmente llamada *National Vaccine Information Center* (Centro Nacional de Información sobre vacunas).
- **España, 1982:** Liga para la Libertad de Vacunación

- **Canadá, 1982:** *Vaccine Choice Canada* (Elección de la Vacuna Canadá)
- **Italia, 1985:** Lega per la Libertà delle Vaccinazioni (Liga por la Libertad de la Vacunación)
- **Reino Unido, 1992:** *Informed Parent* (Padres informados)
- **Italia, 1993:** *Coordinamento del movimento italiano per la libertà delle vaccinazioni* COMILVA- (Coordinación del movimiento italiano por la libertad de la vacunación)
- **Australia, 1994:** Australian Vaccination-Skeptics Network (Red Australiana de Escépticos de la Vacuna)
- **Reino Unido, 1993:** *Justice, Awareness and Basic Support* – JABS (Justicia, Conciencia y Apoyo Básico) formada en torno a la vacuna contra la Rubeola, Sarampión y Paperas.

Se puede destacar que estas agrupaciones surgen en países con un cierto nivel de desarrollo socioeconómico y aunque en general no tuvieron una mayor repercusión pública, en algunos de los casos que hemos analizado, como los de EEUU o Reino Unido, vimos que sí tuvieron capacidad de presión en instancias como el Congreso o fueron escuchadas en comisiones de investigación nacionales. Las demandas de estos grupos tienen cierta diversidad o diferentes énfasis, algunas se focalizan en formas de compensación y otras en la obligatoriedad de la vacunación, pero también tienen muchos aspectos en común. Se trata, mayoritariamente, de agrupaciones formadas por padres y madres que cuestionan aspectos relacionados con la seguridad de las vacunas, pero que no necesariamente llaman a “no vacunar”, sino que hacen hincapié en la necesidad de informarse activamente para tomar una decisión, ya que la responsabilidad última sería de los propios padres. Así, el llamado a tomar una “decisión informada” y el reclamo por el respeto a su “derecho a decidir” han sido una constante de estas formaciones.

El foco experto en el estudio de Wakefield

En el contexto en el que la controversia de la vacuna pertussis había tenido diversos grados de repercusión y que las inquietudes de los padres se había traducido en formas de asociación en diversos países, se fue gestando otra polémica que trajo nuevos cuestionamientos a las vacunas. El debate surgió nuevamente en Reino Unido, pero esta vez sobre la vacuna contra el Sarampión-Paperas-Rubeola, conocida como “triple vírica”, que es considerada como una de las controversias más importantes y que “es culpada” en la actualidad por la vinculación entre “vacunas-autismo” en la percepción pública.

A fines de 1993 y por iniciativa de padres que aseguraban que sus hijos habían sufrido daños por esta vacuna, se formó la asociación *Justice, Awareness and Basic Support - JABS* (Justicia, Conciencia y Apoyo). Estos padres señalaban que entre los problemas que habían sufrido sus hijos se encontraban el daño cerebral y el autismo regresivo, es decir, niños con un desarrollo normal que tras la aplicación de la vacuna triple vírica manifestaban un retroceso, especialmente, en habilidades cognitivas, del lenguaje y de la comunicación en general. Esta agrupación realizó campañas para dar a conocer sus casos en busca de reconocimiento (tanto social como financiero o para obtener tratamiento) y como estrategias de movilización entablaron demandas, aparecieron en medios de comunicación y también financiaron investigaciones científicas sobre los problemas de sus hijos, tanto en Reino Unido como EEUU (Leach, 2005) .

La controversia dio un gran salto cuando en 1998 la revista *Lancet* publicó el polémico artículo del Dr. Andrew Wakefield y 12 colaboradores, en el que se dejaba ver una posible asociación entre la vacuna triple vírica con el autismo regresivo. El estudio había sido realizado con 12 niños que, de acuerdo a sus padres y sus médicos personales, presentaban una regresión en su desarrollo después de haber recibido la vacuna triple vírica. El estudio señala una relación entre esta regresión del desarrollo con una enfermedad gastrointestinal posiblemente desatada por factores ambientales, y si bien da a entender una relación con la vacuna, no prueba una relación directa. “*Nosotros no probamos una asociación entre la vacuna contra el sarampión, rubéola y*

paperas y el síndrome descrito. Estudios virológicos están en curso para ayudar a resolver este tema”⁴⁴ (Wakefield et al., 1998, p. 641).

La comunidad científica y las autoridades sanitarias rápidamente reaccionaron desmintiendo este artículo y acusando a Wakefield de mala praxis. Por otra parte, los padres de JABS y otras agrupaciones salieron en defensa del estudio que favorecía sus posiciones. Tal como analiza Melissa Leach se generó una controversia con posiciones a favor y en contra de la vacuna triple vírica, en la que ambos sectores desarrollaron estrategias para ganar posicionamiento en la opinión pública, pero sobre todo con marcos referenciales distintos.

El grupo que defendía la seguridad de la vacuna triple vírica se centró en demostrar la mala calidad del estudio de Wakefield, en sus conflictos de interés y en desmentir toda relación entre la vacuna y el autismo a través de otros estudios. Inmediatamente, el *Medical Research Council* (Consejo de Investigación Médica) formó una comisión investigadora de 37 expertos que finalmente desestimó las conclusiones y las recomendaciones del estudio de Wakefield (Fitzpatrick, 2005). En general, la estrategia de este grupo fue situar a Wakefield y a quienes estaban contra la vacuna triple vírica fuera del plano científico o en lo que llamaban “ciencia basura”.

El grupo que denunciaba la seguridad de la vacuna triple vírica, especialmente las asociaciones de padres, continuaron con las demandas judiciales y también acusaron los conflictos de interés y relación con los laboratorios de los científicos y autoridades pro

⁴⁴ Traducción propia, en el original: “*Viral encephalitis can give rise to autistic disorders, particularly when it occurs early in life. Rubella virus is associated with autism and the combined measles, mumps, and rubella vaccine (rather than monovalent measles vaccine) has also been implicated. Fudenberg noted that for 15 of 20 autistic children, the first symptoms developed within a week of vaccination. Gupta commented on the striking association between measles, mumps, and rubella vaccination and the onset of behavioural symptoms in all the children that he had investigated for regressive autism. Measles virus and measles vaccination have both been implicated as risk factors for Crohn’s disease and persistent measles vaccine-strain virus infection has been found in children with autoimmune hepatitis. We did not prove an association between measles, mumps, and rubella vaccine and the syndrome described. Virological studies are underway that may help to resolve this issue*” (Wakefield et al., 1998).

vacuna. Además, si bien utilizaban testimonios con un lenguaje más emotivo y presentando casos personales en la prensa, también recurrieron al lenguaje y los códigos científicos para fortalecer su posición. Por ejemplo, financiaron investigaciones, buscaron el apoyo de científicos críticos, presentaron sus propias revisiones de artículos científicos y por supuesto, apoyaron públicamente a Wakefield.

Leach (2005) plantea que la disputa no estaba dada en términos de “pro/contra ciencia”, sino que ambos grupos se movían en distintos marcos de referencia según sus propios intereses sociopolíticos, expresando un contraste entre un enfoque individual/clínico y uno poblacional/epidemiológico. Un conflicto que nuevamente hace aflorar la tensión individuo/colectivo que ya hemos analizados en controversias anteriores sobre vacunación.

Mientras que los padres estaban preocupados principalmente por lo que ellos veían como daños por vacunas a la salud de sus hijos de forma individual, los responsables de las políticas públicas gubernamentales y sus redes científicas de apoyo tenían compromisos institucionales con el público, como imperativo a nivel poblacional, para dar continuidad integral a los programas de vacunación de Reino Unido. Así, las tensiones entre los marcos científicos hablan directamente de las tensiones fundamentales de las políticas de salud pública y las relaciones Estado-ciudadanos⁴⁵ (Leach, 2005, p. 17).

Al igual que en la controversia sobre la vacuna pertussis, el debate excedió a los grupos enfrentados y fue ampliamente cubierta por los medios de comunicación. Nuevamente, la gran mayoría de padres en Reino Unido se vio en el dilema de decidir si vacunar o no a sus hijos, lo que se vio reflejado en la disminución de las tasas de vacunación, las que no se recuperaron hasta aproximadamente el año 2004.

⁴⁵ Traducción propia, en el original: “Whereas parents were primarily concerned about what they saw as the vaccine-damaged health of their individual children, government policy-makers and their supportive scientific networks had institutional commitments to the continued integrity of the UK vaccination programme with its public, population-level imperatives. Tensions between scientific framings thus spoke directly to fundamental tensions in public health policy, and in citizen-state relations” (Leach, 2005, p. 17).

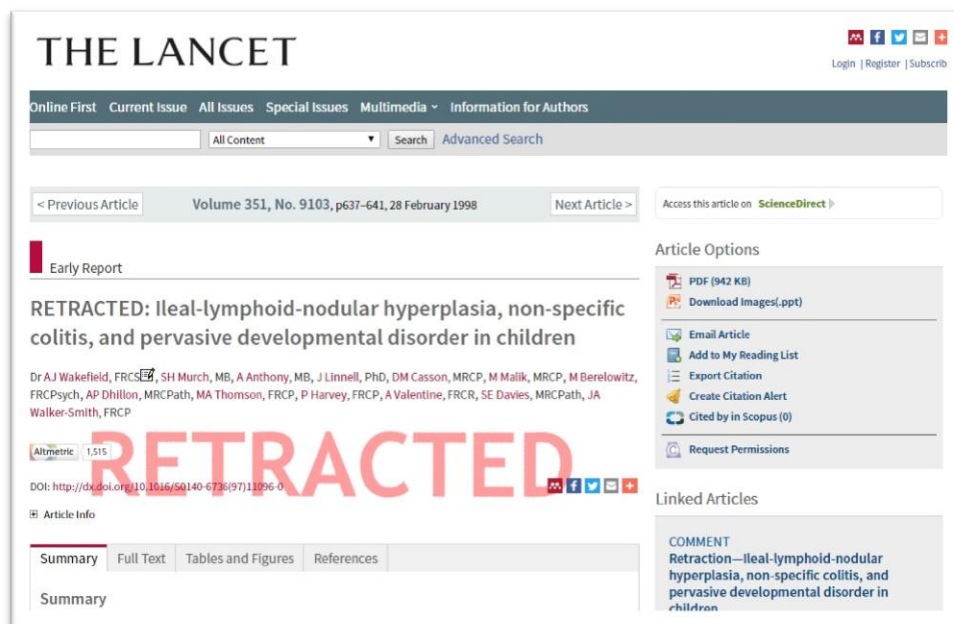
La controversia sobre la vacuna triple vírica y el caso de Andrew Wakefield es especialmente relevante para comprender algunas de las referencias en los debates actuales. Tanto para las autoridades sanitarias como para la mayoría de los científicos y médicos que trabajan directa o indirectamente con vacunas (y las defienden), Wakefield es señalado como el “culpable” y el iniciador de los “grupos antivacunación” actuales. Una explicación que es común encontrar en artículos de opinión tanto en diarios como en editoriales de importantes revistas científicas, especialmente si son escritas o contienen citas de científicos o expertos.

Nadie debería dudar hoy de que las vacunas constituyen la herramienta más eficaz para prevenir las infecciones. Sin embargo, hace tan solo unos meses que los ministros de sanidad de la Unión Europea tuvieron que hacer un llamamiento a los Estados miembros para que tomen medidas para revertir la desconfianza creciente que se viene desarrollando hacia los programas de vacunación. De hecho, algunas enfermedades contagiosas, como la tuberculosis y el sarampión, están rebrotando y vuelven a representar un serio peligro por su capacidad para ocasionar un alto número de muertes. Las reticencias hacia las vacunas parecen proceder de un artículo publicado por el, hoy tristemente célebre, doctor **Andrew Wakefield** que en 1998 pretendía relacionar la vacuna trivalente vírica con el autismo y que ocasionó un bulo que se extendió como la pólvora en los medios de comunicación. Aunque los estudios posteriores desmintieron tal relación, el artículo original fue retirado, y el doctor Wakefield fue reconocido como un deshonesto irresponsable, a quien se prohibió volver a ejercer la medicina. A pesar de todo ello, nada pudo impedir que se formasen asociaciones abogando por la libertad de vacunación, por el no intervencionismo del Estado en la salud individual, y que reconocían en Wakefield a una especie de mesías antivacunas (Bachiller, 2015)⁴⁶.

Centrar las críticas en Wakefield y su estudio ha permitido aglutinar a la comunidad científica en torno a la defensa de las vacunas, en una actitud de “todo o nada” y sin abrir espacios a críticas. Así, las explicaciones del fenómeno estarían dentro de los

⁴⁶ Rafael Bachiller es astrónomo, director del Observatorio Astronómico Nacional (IGN) de España y miembro del Consejo Editorial del diario español EL MUNDO.

marcos de referencia y validación científica (una fraudulenta publicación en una prestigiosa revista científica que fue avalada porque se recurrió a engaños), sin abrirse a otras posibles explicaciones del descontento ciudadano con las vacunaciones. De esta forma, el castigo al culpable también estaría dentro de los códigos científicos: en 2010 y después de una larga investigación, el *General Medical Council* (GMC) de Reino Unido declaró la conducta de Wakefield “irresponsable” y “deshonesta”, retirándole su licencia para ejercer, mientras que la revista *The Lancet* “retractó” el artículo de 1998. De esta forma, pareciera que la sanción, que es permanentemente referida por los científicos y autoridades sanitarias, busca más un efecto de advertencia hacia el interior de la comunidad científica, dirigida a posibles disidencias respecto a la vacunas.



Fuente: www.thelancet.com

La credibilidad de la OMS en la gestión de la gripe A (H1N1)

Para la fecha en que salió a la luz la ejemplarizante sanción contra Wakefield, el mundo estaba en medio de la controversia por la pandemia de la gripe A (H1N1), declarada por la OMS en 2009 y cuyas críticas llegaron a un punto álgido en 2010 y 2011. El nivel de alarma generado por la OMS y el cambio de prioridades que implicó para los sistemas de salud de cada país, así como las acusaciones por conflictos de interés de algunos de

sus asesores, llevaron a realizar investigaciones y evaluaciones de la gestión de la crisis por parte organismos externos, como el Consejo de Europa (Flynn, 2010) o el Parlamento Europeo (Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2011).

Aunque los cuestionamientos iniciales estaban dirigidos a los cambios que hubo en el criterio para la declaración de una pandemia y a la gestión de la crisis misma por parte de la OMS, rápidamente las críticas también apuntaron a las vacunas.

La estrategia desarrollada por la OMS para contener o de reducir el contagio en una Pandemia de gripe está asentada en gran medida en la capacidad para elaborar y abastecer rápidamente con una vacuna adecuada. Declarar una pandemia implica activar una serie de protocolos, en los que la OMS debe realizar las recomendaciones para cambiar la producción de vacuna estacional a antipandémica, así como dar directrices a las autoridades nacionales para las campañas de vacunación y entregar la cepa de virus específica para que los laboratorios comiencen la producción (OMS, 2009). Por otra parte, los gobiernos tienen protocolos de actuación en caso de pandemias, los que han sido elaborados junto a la OMS y que implican tomar las medidas preventivas propuestas por este organismo, entre ellas la adquisición de vacunas para realizar campañas masivas. Además, la OMS había estado trabajando previamente con los laboratorios para reducir los tiempos de producción de una vacuna en caso de desatarse una enfermedad de alcance pandémico.

Uno de los temas que generó más polémica fue la gran cantidad de recursos que destinaron los gobiernos a la compra de vacunas (y también antivirales) para responder a esta pandemia. Algunos países entraron en una verdadera carrera por la compra de dosis a los laboratorios, por solo nombrar algunos ejemplos, según datos entregados por la prensa los contratos iniciales que firmaron muchos países europeos fueron millonarios: España habría encargado 37 millones de dosis por 266 millones de euros (Hidalgo, 2009), Francia 94 millones de vacunas con un costo de 870 millones de euros (Nunès, 2010) y los británicos encargaron 132 millones de dosis pero finalmente adquirieron 44 millones (Marsden y Conway, 2010). Aunque posteriormente muchos gobiernos llegaron a acuerdos para reducir los encargos, la mayoría de estos países se quedó con un gran stock que tuvo que revender o destruir.

La situación fue parecida en otras zonas como América Latina y el Caribe, donde la mayoría de las compras se hicieron a través del Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS y se recibieron donaciones a través de la OMS u otros países, aunque algunos gobiernos latinoamericanos como Brasil, Argentina y México invirtieron grandes sumas en la compra directa de vacunas. Para cuando se había declarado el fin de la pandemia, en agosto de 2010, en la zona se habían colocado más de 199 millones de dosis (OPS, 2010a). En Chile se adquirieron 3.202.660 (2.002.660 a través del Fondo Rotatorio y 1.200.000 por donación de la OMS), alcanzando un 77,9% de cobertura para la población objetivo (OPS, 2010b).

A medida que avanzó la crisis y que fue evidente que el nivel de recursos desplegados internacionalmente fue injustificado por la poca gravedad de la enfermedad, el foco de las críticas se centró en la gestión de la OMS. Las sospechas por conflictos de interés y de la posible influencia de la industria farmacéutica en la toma de decisiones de este organismo, no vinieron solo de denuncias de los medios masivos de comunicación o de “rumores” que circulaban por internet. En 2010, la prestigiosa revista BMJ (*British Medical Journal*) publicaba un artículo de investigación en el que se denunciaban los conflictos de interés de los asesores que trabajaron en los planes de preparación para pandemias de gripe y de quienes formaron parte del Comité de Emergencia convocado para esta crisis. El artículo también apuntaba a que la falta de respuestas claras por parte de este organismo, era lo que alimentaba las llamadas “teorías de la conspiración” (Cohen y Carter, 2010). Casi al mismo tiempo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió un informe muy crítico con la OMS, en el que hacía hincapié en la necesidad de mayor transparencia y tocaba un punto crucial: cómo el manejo de esta crisis podía afectar la confianza en las instituciones de salud pública a nivel internacional.

La Asamblea señala que han sido identificados fallos graves respecto a la transparencia del proceso de toma de decisiones sobre la pandemia, lo cual ha generado preocupación sobre la posible influencia de la industria farmacéutica en las principales decisiones sobre la pandemia. La Asamblea teme que esta falta de transparencia y de rendición de cuentas genere una caída de la confianza en el asesoramiento de las principales instituciones de salud pública. Esto puede resultar desastroso en el caso

de una próxima enfermedad de alcance pandémico, que pueda resultar mucho más severa que la pandemia H1N1⁴⁷ (Flynn, 2010, p. 2).

La OMS no reconoció una mala gestión ni haber causado alarma excesiva, tampoco hizo públicos los nombres de los asesores externos y los argumentos de defensa giraron en torno a que las decisiones se basaron en datos epidemiológicos y virológicos, sin ninguna influencia de la industria farmacéutica (Chan, 2010). Además, la OMS designó un Comité de Examen para evaluar la gestión de la crisis de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional, que finalmente llegó a realizar una serie de recomendaciones, pero no detectó infracciones (OMS, 2011).

La discusión sobre los conflictos de interés y los mecanismos para lidiar con ellos ha sido un punto central en el manejo de esta crisis, pero se enmarca en un debate más amplio sobre los límites entre lo público y lo privado. El problema es que tal como revisamos anteriormente, desde la década de 1990 se ha ido acrecentando un modelo de alianzas público-privadas en el ámbito de la salud pública global y de las políticas de vacunación en particular, en el que estos límites se han ido desdibujando. Tal como plantea el Consejo de Europa en su informe, surge la duda de las consecuencias de esta crisis en la confianza sobre organismos como la OMS. En el caso de las vacunas, las dudas no solo surgieron a nivel institucional, los ciudadanos de cada país sacaron sus propias conclusiones. Así lo admitió la directora de la OMS, Margaret Chan, al evaluar

El mundo de la salud pública se enfrentó a muchos problemas de comunicación llenos de dificultades. No previmos que muchas personas decidirían no vacunarse.

La OMS y muchos países no estaban preparados para una nueva forma de examen: el examen por la población que han hecho posible los nuevos medios electrónicos, y en particular las redes sociales. Hoy día, cada uno puede obtener instantáneamente su propia información a partir de fuentes

⁴⁷ Traducción propia, en el original: “*The Assembly notes that grave shortcomings have been identified regarding the transparency of decision-making processes relating to the pandemic which have generated concerns about the possible influence of the pharmaceutical industry on some of the major decisions relating to the pandemic. The Assembly fears that this lack of transparency and accountability will result in a plummet in confidence in the advice given by major public health institutions. This may prove disastrous in the case of the next disease of pandemic scope - which may turn out to be much more severe than the H1N1 pandemic*” (Flynn, 2010, p. 2).

muy diversas y tomar sus propias decisiones sobre qué consejo seguir. El mundo de la salud pública necesita urgentemente adaptarse a esta realidad (Chan, 2010).

El debate sobre el Timerosal y la noción de precaución

Uno de los debates que ha estado más presente en el caso chileno es el que ha girado en torno al timerosal, un preservante utilizado en ciertas vacunas multidosas que contiene un derivado del mercurio (etilmercurio), y que algunos padres vinculan con el trastorno autista desarrollado por sus hijos. A pesar de que tanto organismos internacionales como las autoridades sanitarias locales han negado esta vinculación en reiteradas ocasiones, el debate, lejos de desaparecer, ha cobrado fuerza en los últimos años, especialmente en Chile. A continuación, repasaremos algunos antecedentes generales de este debate que luego profundizaremos al analizar el caso chileno.

Aunque el origen de la vinculación autismo-vacunas suele relacionarse con el estudio de Andrew Wakefield de 1998 sobre la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, paperas), cabe destacar que esta vacuna nunca tuvo timerosal y que el debate sobre este preservante tiene sus propios antecedentes. Su origen está relacionado con la preocupación medioambiental sobre los efectos del mercurio en la población y desde allí derivó a la asociación con el autismo. Una vinculación en la que influyó el caso de Wakefield, pero en la que también hubo otros actores, como las asociaciones de padres de niños con autismo que tuvieron un rol activo en el debate (Baker, 2008). Sin duda, en la controversia sobre el timerosal confluyeron varios factores y su análisis puede ayudar a comprender el desarrollo y el alcance que ha tenido hasta hoy.

En primer lugar, para entender la repercusión social de la controversia sobre el timerosal es necesario tener en cuenta que el debate sobre su uso y regulación nació en el seno mismo del Congreso de EEUU, lo que implicó desde un inicio una discusión pública y con un importante respaldo institucional. En 1997, debido a la preocupación por los efectos acumulativos del mercurio en la población y en el marco de la modernización de las regulaciones de la FDA -*Food and Drug Administration*, el Congreso norteamericano instó a esta institución a analizar y realizar estudios sobre todos

alimentos y medicamentos que contuvieran mercurio o derivados, especialmente aquellos dirigidos a los niños o grupos de la población más sensibles (Law 105-115, 1997). Como no existían recomendaciones sobre las dosis máximas permitidas de etilmercurio (timerosal), se tomó como referente lo señalado para el metilmercurio, un compuesto de probada toxicidad que, por ejemplo, fue responsable de los envenenamientos de Minamata.

De esta forma, en 1999 la FDA, al igual que otras instituciones de EEUU como PHS - *Public Health Service* (Servicio de Salud Pública), AAP - *American Academy of Pediatrics* (Academia Americana de Pediatría) y de organismos reguladores europeos como EMEA - *European Agency for the Evaluation of Medicinal Products* (Agencia Europea para la Evaluación de Productos Medicinales), llegaron a la conclusión de que aunque no había pruebas de daño causado por el timerosal, como medida precautoria se recomendaba quitar este preservante de las vacunas rutinarias de los niños (EMEA, 1999; PHS y AAP, 1999). En EEUU la recomendación se concretó en 2001 cuando el timerosal fue removido de todas las vacunas, excepto de la vacuna contra la influenza. La Unión Europea también siguió un camino similar, aunque ciertos países europeos ya lo habían quitado con anterioridad como Dinamarca. Sin embargo, en el resto de los países se siguieron utilizando vacunas con timerosal, un punto que ha sido de especial discusión para reabrir el debate en el caso chileno que analizaremos más adelante.

El hecho de que inicialmente la regulación sobre el timerosal se haya desarrollado en un marco de discusión medioambiental (la contaminación por mercurio), tuvo como consecuencia que se importaron conceptos y herramientas que se estaban desarrollando para enfrentar la incertidumbre de los nuevos riesgos ecológicos. En este sentido, la más relevante fue la incorporación de la noción de precaución para la toma de decisiones.

La declaración conjunta realizada por la APP⁴⁸ y la PHS⁴⁹ en julio de 1999 y acordada posteriormente por la AAFP⁵⁰, estableció la meta de remover el timerosal de las vacunas rutinarias recomendadas a los niños menores tan pronto como sea posible. La meta fue establecida como una medida precautoria. No existe evidencia de ningún daño causado por

⁴⁸ AAP: *American Academy of Pediatrics*

⁴⁹ PHS: *Public Health Service*

⁵⁰ AAFP: *American Academy of Family Physicians*

bajos niveles de timerosal en las vacunas.⁵¹ El público ha expresado preocupación sobre los efectos en la salud por la exposición al mercurio de cualquier tipo, y la eliminación del mercurio de las vacunas fue considerado como un medio viable para reducir la exposición total al mercurio de los niños pequeños, en un mundo donde las fuentes ambientales de exposición son más difíciles o imposibles de eliminar (por ejemplo, en ciertos alimentos)⁵² (CDC, 2000).

El criterio de precaución fue incorporando en distintos tratados internacionales que buscaban proteger el medioambiente alcanzando un desarrollo sustentable, como la Declaración de la Cumbre de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992, que señala como uno de sus principios:

Con el fin de proteger el medio ambiente, los Estados deberán aplicar ampliamente el criterio de precaución conforme a sus capacidades. Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del medio ambiente (Naciones Unidas, 1992).

La precaución sería una lógica nueva ante la incertidumbre, que aparece ante los nuevos riesgos tecnológicos, y que se distingue de otras anteriores como la previsión de siglo XIX o la prevención, propia del siglo XX. François Ewald (1996) analiza y compara estas tres actitudes ante lo incierto y destaca las consecuencias de la introducción de la hipótesis de la precaución. Este autor señala dos de las características principales del principio de precaución: en primer lugar, que se aplica en contextos de incertidumbre

⁵¹ Destacado propio

⁵² Traducción propia, en el original: “A joint statement issued by AAP and PHS in July 1999 and agreed to by the AAFP later in 1999 established the goal of removing thimerosal as soon as possible from vaccines routinely recommended for infants. The goal was established as a precautionary measure. No evidence existed of any harm caused by low levels of thimerosal in vaccines. Public concern had been expressed about the health effects of mercury exposure of any sort, and the elimination of mercury from vaccines was considered a feasible means of reducing an infant's total exposure to mercury in a world where other environmental sources of exposure are more difficult or impossible to eliminate (e.g., certain foods)”.

científica, es decir, que las decisiones se deben tomar con los conocimientos científicos y técnicos que haya en ese momento y no retrasarlas hasta alcanzar certidumbres. En segundo lugar, el principio de precaución se aplicaría para casos graves e irreversibles, especialmente pensados para daños colectivos, cuyas víctimas no podrían ser reparadas. De esta forma, la responsabilidad se plantea más que en términos de “reparar”, en los de “restringir”.

Entre las consecuencias de adoptar la lógica de precaución que plantea Ewald se encuentran, por un parte, una nueva conciencia de dilación temporal. A diferencia del accidente repentino, estos daños se revelan a muy largo plazo y a veces es necesario tener otro tipo de conocimientos para comprender sus causas. Por otra parte, se plantearía una nueva relación con la ciencia y el conocimiento, ya que la precaución invitaría a tener en cuenta incluso lo que no se sabe, lo que la ciencia misma no puede revelar en un momento determinado. Se plantea así un relativismo que genera una doble desconfianza: hacia los límites del conocimiento científico pero también, y esta sería la novedad, hacia los daños que la misma ciencia y la tecnología pueden generar. Esto rompe con lógica de la prevención que predominaba hasta el momento.

La prevención es una conducta racional ante un mal que la ciencia puede objetivar y medir. La previsión era contemporánea de una ignorancia acerca de los aspectos aleatorios de la existencia, la prevención se desarrolla sobre las certidumbres de la ciencia. Habla su lenguaje e invita a reducir los riesgos y su probabilidad. La prevención es asunto de expertos que confían en su saber. La precaución que emerge hoy en día apunta a otra naturaleza de la incertidumbre: la incertidumbre de los saberes científicos mismos (Ewald, 1996, p. 407).

Muchas de las declaraciones de expertos del ámbito de la salud pública se sitúan en una lógica preventiva para defender la aplicación de las vacunas, utilizando un lenguaje asociado al riesgo, a la relación costo-beneficio y a un conocimiento científico sin “interferencias” basado en decisiones técnicas y en “evidencias”. La lógica precautoria no tiene por qué estar enfrentada a la preventiva, pero es evidente que usa otro lenguaje y otros códigos para abordar los problemas que implican incertidumbre. Una de las consecuencias es la apertura de las decisiones científicas al escrutinio de otros actores.

La asociación entre el timerosal y el autismo no estuvo planteada desde un inicio ni fue la motivación para impulsar su regulación, sino que durante el proceso influyó una corriente de padres de niños con autismo y médicos que tenían una visión distinta sobre este desorden y su tratamiento. Sin bien no se conocía, ni entonces ni ahora, el origen del autismo, la visión predominante era la hipótesis genética, sin embargo, una línea alternativa comenzó a plantear con fuerza que la enfermedad estaría relacionada con la exposición a ciertos factores ambientales y a enfermedades gastrointestinales, lo que estaría provocando una “epidemia de autismo” (Baker, 2008). Esta corriente confluyó en el debate sobre el timerosal e incluso, algunos padres prestaron declaración en el Congreso. Tal vez, la agrupación más representativa de esta corriente es SafeMinds, formada en el año 2000, aunque algunos de sus miembros ya venían trabajando en “concienciar” sobre la relación entre el mercurio y los desórdenes del espectro autista. Así, en su página web se puede ver la relación directa entre su formación y el debate sobre el timerosal y las vacunas.

Cuando un puñado de padres de niños con trastorno del espectro autista (TEA) fundó SafeMinds en el año 2000, su objetivo era concienciar y aumentar las investigaciones respecto a la asociación entre las toxinas medioambientales y el desarrollo de trastornos neurológicos como el autismo.

El primer resultado de estos fundadores fue un trabajo fundamental sobre el vínculo entre el mercurio con el TEA, que mostró que los síntomas del autismo se parecen a aquellos de envenenamiento por mercurio. Este esfuerzo, que comenzó en 1999 y se completó en el 2000, fue clave para educar al público y a los representantes sobre los peligros del timerosal, una forma de mercurio que contenían las vacunas, y todavía presente en las vacunas contra la influenza y el tétanos en EEUU⁵³ (SafeMinds, s. f.).

⁵³ Traducción propia, en el original: “When a handful of parents of children with autism spectrum disorders (ASD) founded SafeMinds in 2000, their goal was to raise awareness and support research regarding the associations of environmental toxins and the development of neurodevelopmental disorders such as autism. The founders first deliverable was a definitive work on the link between mercury and ASD, which showed that autism symptoms mirrored those of mercury poisoning. This effort, started in 1999 and completed in 2000, was key to educating the public and elected officials on the dangers of thimerosal, the form of mercury once pervasive in vaccinations, and still present in the flu and tetanus

Nuevamente estamos frente a una agrupación con características similares a aquellas surgidas en los debates de la vacuna Pertussis o triple vírica, es decir, padres insatisfechos que se organizan para buscar explicaciones y exigir soluciones a los problemas de salud de sus hijos. Se trata de padres con capacidad para plantear sus demandas y ejercer presión sobre la opinión pública (aparecer en prensa, escribir sus propios libros, etc) o a través de sus representantes (declarando en Congreso, buscado aliados entre representantes específicos), que valoran la información para la toma de decisiones y que en casos como este, generan o financian investigaciones. No son agrupaciones que estén en “contra de la ciencia”, sino que tratan de utilizar sus códigos y su lenguaje para defender sus posiciones y discutir con los “expertos”. En el caso que analizamos sobre el timerosal, la propia relativización del conocimiento científico que implicó la adopción del principio de precaución, reforzó la opción por buscar otras interpretaciones, utilizar el conocimiento científico para las propias argumentaciones.

Tal como analizamos, el principio de precaución se aplica de acuerdo al conocimiento científico que existe en un momento determinado, el problema es que en el caso del timerosal se actualizaron esos conocimientos pero no la regulación. Aunque organizaciones internacionales como la OMS o la OPS, agencias reguladoras como la FDA o EMEA y expertos nacionales en salud pública han realizado numerosas declaraciones basadas en investigaciones que niegan toda vinculación entre el timerosal y el autismo, la medida no ha sido revertida. Tanto en EEUU como en Europa, las vacunas habituales recomendadas a los niños pequeños no contienen timerosal, excepto algunas puntuales como la vacuna contra la influenza. Mientras tanto, en la mayoría de los países, como por ejemplo los sudamericanos, se utilizan vacunas que sí contienen este preservante y esta diferencia ha sido justamente uno de los puntos de debate en el caso chileno que analizaremos más adelante.

shots in the US. SafeMinds' resulting report, "Autism: A Novel Form of Mercury Poisoning" is still recognized as a seminal document on the discourse on mercury exposure and toxicity and its effects on public health" (SafeMinds, s. f.).

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Otra de las controversias que se está desarrollando en la actualidad en diversos países y que está siendo especialmente discutida en Chile, es la relacionada con la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Aunque la vacuna es ampliamente recomendada por organismos internacionales como la OMS y por autoridades nacionales como una forma efectiva y segura para luchar contra el cáncer cérvico-uterino en mujeres, desde que comenzó a implementarse en 2007 ha ido acompañada de cuestionamientos tanto de expertos como de organizaciones ciudadanas. Algunos expertos en salud pública han alertado sobre su costo-efectividad o la falta de evidencias a largo plazo (Fica, 2014; Quiroga, Vega, Fungo, y Naeko Uema, 2015), mientras que organizaciones de padres han puesto el acento en los efectos adversos y otros grupos en aspectos éticos, sociales, o de género. Además, la complejidad de la discusión sobre esta vacuna se incrementa por el hecho de ser provocada por un virus de transmisión sexual (VPH) y que en la mayoría de los países es aplicada solo a mujeres y en edades de preadolescencia, lo que ha generado la reticencia de ciertos padres, organizaciones religiosas o de corte conservador.

El debate sobre la vacuna VPH es complejo y está en pleno desarrollo, por lo que desplegaremos algunos de los principales puntos controversiales que nos permitan posteriormente contextualizar el caso chileno.

Desde que la FDA aprobara las primeras vacunas de este tipo, Gardasil (Merck) en 2006 y Cervarix (GlaxoSmithKline) en 2009, rápidamente se fueron incorporando a los calendarios vacunales de distintos países. A fines de 2014, 58 países ya habían introducido la vacunación masiva contra el VPH para niñas a partir de los 9 años (OMS, 2014b) y en muchos países de forma obligatoria. Los argumentos de los organismos internacionales y de las autoridades sanitarias para esta rápida y masiva incorporación han girado, en primer lugar, en torno a la gravedad del cáncer cérvico-uterino como problema de salud pública a nivel mundial, tal como lo describe la OMS en su página web:

A nivel mundial, el CCU⁵⁴ es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo (OMS, 2015).

En segundo lugar, se plantea la desigualdad asociada a este cáncer, ya que es más frecuente en los países con menos recursos y dentro de cada país afecta más a aquellas mujeres que pertenecen al quintil más pobre de la población. La principal razón de esta desigualdad es que estas mujeres tienen menos acceso a controles anuales recomendados y pruebas citológicas que han demostrado ser muy eficientes para prevenir este tipo de cáncer, así como a tratamientos eficaces.

Por último, se recomienda esta vacuna por su efectividad para prevenir las infecciones que pueden provocar cáncer cérvico-uterino, asegurando su calidad y seguridad.

La vacuna tiene una eficacia comprobada mayor al 90% con el esquema de tres dosis y hay evidencias de que previene la infección por los principales agentes oncogénicos, tanto en mujeres como en varones, aunque se administre solo al sexo femenino. Los estudios realizados para el licenciamiento de la vacuna y su utilización en diversos países durante años han demostrado alta seguridad, prácticamente sin reacciones adversas moderadas o severas y sin afectar de manera alguna la sexualidad y fecundidad de las personas vacunadas (OPS, 2013).

Algunos de los principales cuestionamientos a la implementación de la vacuna han surgido desde el ámbito de la medicina y la salud pública, especialmente, por las dudas que genera la relación costo-beneficio de esta medida. Algo que tiene que ver con las características de la enfermedad y de la protección que entrega la vacuna.

El virus del papiloma humano es muy común en personas adultas, se contagia por transmisión sexual y se estima que la mayoría de la población que ha tenido actividad sexual es portadora de alguna variedad de este virus. En general, el virus desaparece espontáneamente, pero en algunos casos puede producir una infección persistente, que si no es tratada adecuadamente, puede derivar en cáncer (OMS, 2015). Esta es la

⁵⁴ CCU: Cáncer Cérvico-Uterino

primera causa de discusión. Tener el virus es un factor de riesgo pero no necesariamente generará cáncer.

Pese a que la infección por un tipo de PVH oncógeno (de alto riesgo) es la causa subyacente de casi todos los casos de cáncer cervicouterino, dicha infección no siempre causa cáncer. La mayoría de las mujeres infectadas por PVH de alto riesgo no enferman de cáncer, pues la mayor parte de las infecciones son de corta duración y el virus por lo general se elimina espontáneamente en un período de 2 años. La infección por PVH de alto riesgo persiste únicamente en un bajo porcentaje de mujeres; solo un pequeño porcentaje de tales infecciones crónicas progresan hasta un estado precanceroso y de las que lo hacen, un número aún menor progresará a cáncer invasor. Se estima que a lo sumo un 2% de todas las mujeres que viven en países de escasos recursos padecerán un CCU a lo largo de su vida (OMS, 2015).

Otro aspecto de discusión es que las vacunas existentes no protegen contra todos los tipos de virus. Existen numerosos genotipos de VPH, más de 100, de los cuales 15 se consideran de alto riesgo para el desarrollo de cáncer y 2 tipos (el 16 y 18) se encontrarían presentes en cerca del 70% del cáncer cérvico-uterino (Quiroga et al., 2015). La vacuna Cervarix protege contra estos dos genotipos (16 y 18), la Gardasil bivalente contra cuatro (16, 18, 11 y 9) y existe una variante de Gardasil que protege contra nueve genotipos.

La durabilidad de la inmunidad también genera algunas dudas, ya que no se sabe cuánto tiempo puede persistir o si sería necesario en un futuro colocar dosis de recuerdo, ya que solo se tiene como referencia los años que han pasado desde las primeras dosis masivas (menos de 10 años). Además, se está en condiciones de evaluar los anticuerpos que genera la vacuna o su capacidad para prevenir la infección por el virus, pero todavía no se puede evaluar si previene contra el cáncer, ya que este se desarrollaría en 15 o 20 años más.

Un punto que ha sido foco del debate y que expresa algunas de las tensiones que ya hemos analizado en los casos anteriores, es la relación entre la vacuna y otras medidas preventivas que ya se aplican como el tamizaje por citología, conocido también como

papanicolau, que se recomienda anualmente a las mujeres. Esta prueba permite detectar células precancerosas e iniciar tratamientos muy efectivos. El desarrollo del cáncer cérvico-uterino es muy lento (alrededor de 10 años desde la infección) y con este tipo de pruebas se ha logrado ir detectándolo y tratándolo con éxito (Fica, 2014). Tanto la OMS como la OPS hablan de una estrategias integral para combatir el cáncer, de implementar la vacuna sin dejar de realizar las pruebas de citología, sin embargo, muchos expertos temen que la apuesta por la introducción de la vacuna vaya en detrimento de los controles anuales. La citología es una oportunidad para que la paciente se haga controles anuales de tipo integral, donde no solo se realiza esta prueba específica y donde tiene un encuentro con un médico (Fica, 2014). Claramente, es una medida que es más apta para los contextos de atención primaria. En cambio, la vacuna es aplicada en un contexto no médico, como los colegios en este caso, y apunta a combatir una enfermedad puntual. De esta forma, nuevamente estamos frente a la tensión entre medidas verticalistas y aquellas más integrales y horizontales de salud, pero tal como hemos visto, la clave de este tipo de estrategias es la fortaleza del sistema de atención primaria en salud. Algo que justamente se ha debilitado en las últimas décadas en la mayoría de los países, afectando aún más a los países de menos recursos y con mayor desigualdad.

Todos estos aspectos, así como otros relacionados con los efectos adversos o las pruebas iniciales, han llevado a plantear dudas sobre la necesidad de esta vacuna desde el punto de vista de salud pública. Por ejemplo, en 2009 más de 8.000 profesionales sanitarios españoles solicitaron una moratoria para la aplicación de la vacuna VPH, con la intención de evaluar mejor la necesidad de su implementación.

Al mismo tiempo han surgido agrupaciones de padres en diversas partes del mundo que denuncian que sus hijas han sido víctimas de efectos adversos de la vacuna VPH como la *Association of HPV Vaccine Injured Daughters* de Reino Unido o la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma de España (AAVP). Algunas de estas asociaciones tienen características similares a las analizadas en controversias anteriores aunque están más enfocadas en denunciar los efectos de esta vacuna en particular y no necesariamente cuestionan las vacunas en general.

AAVP (Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma) es una asociación sin ánimo de lucro que tiene como fin promover la asistencia, información y organización de personas afectadas al presentar efectos

adversos por las vacunas que intentan prevenir algunos de los virus del papiloma humano (VPH). ¡SOMOS VICTIMAS, NO ANTIVACUNAS!
(AAVP, s. f.).

El último punto que nos interesa destacar de este debate es el planteado por algunas autoras que han analizado el debate teniendo en cuenta la perspectiva de género (Caseldine-Bracht, 2010; Casper y Carpenter, 2008). El hecho de que la vacuna sea aplicada específicamente a mujeres conlleva preguntas sobre los presupuestos y los alcances que tiene esta medida para ellas. Por una parte, si bien la protección potencial es contra una enfermedad que afecta mayoritariamente a las mujeres, el VPH puede provocar otro tipo de cánceres como el anal o bucofaríngeo que también afecta a hombres. Por otra, al tratarse de una enfermedad de transmisión sexual es necesario plantear el rol de los hombres en el contagio, algo que casi no se ha discutido durante la implementación de la medida, cargando así la responsabilidad solo en las mujeres. Tal como destaca Caseldine (2010), aunque no se debe descartar que la medida sea beneficiosa para las mujeres, es necesario corresponsabilizar a los hombres para que disminuya la circulación del virus.

La medida ha podido ser aplicada más fácilmente a las mujeres, en parte, gracias a la idea fuertemente arraigada sobre la necesidad de “proteger a las mujeres” debido a las asociaciones sobre los diferentes roles sexuales, lo que se refuerza en este caso con la edad de las niñas (Casper y Carpenter, 2008). Así, por una parte hay que proteger a las niñas, pero por otra hay que tratar de evitar las alusiones a la connotación sexual. Las estrategias de marketing de los laboratorios productores de las vacunas y las campañas de las autoridades sanitarias han focalizado la promoción de la vacuna en la “salud de las mujeres”, alejándola del marco de “enfermedad de transmisión sexual”, con el objeto de generar menos rechazo en ciertos sectores conservadores o despertar menos temores en los padres. Sin embargo, esto tiene como consecuencia la falta de debate sobre la corresponsabilidad de los hombres que mencionábamos y del contagio de otros tipos de virus que no contempla la vacuna.

Si una vacuna puede erradicar el cáncer cervical con pocos efectos secundarios, desde la bioética feminista habría razones para celebrar. La objeción a la legislación precipitada sobre vacunación obligatoria no es una objeción a la vacuna en sí, más bien, es una objeción a la innecesaria

presión a través de una política paternalista, controlada por el Estado, sin considerar cuidadosamente todas las posibilidades alternativas y las implicaciones que la rodean. Dada las complejas interconexiones entre las grandes compañías farmacéuticas y el gobierno, las mujeres no pueden simplemente basarse en la información recibida de estas fuentes⁵⁵ (Caseldine-Bracht, 2010, pp. 107-108).

De esta forma, vemos que en este caso más que objetar la vacuna, las dudas surgen sobre las formas de su implementación y la desconfianza sobre las fuentes.

⁵⁵ Traducción propia, en el original: *"If a vaccine could eradicate cervical cancer with few side effects, feminist bioethicists would have reason to celebrate. The objection to hastily legislating mandatory vaccinations is not an objection to the vaccine itself; rather, it is an objection to unnecessarily pushing through a state-controlled, paternalistic policy without carefully considering all of the alternative possibilities and implications that surround it. Given the complex interconnections between giant pharmaceutical companies and the government, women simply cannot rely solely on the information they receive from any of these sources"* (Caseldine-Bracht, 2010, pp. 107-108).

SEGUNDA PARTE:

**GUBERNAMENTALIDAD NEOLIBERAL Y CONTROVERSIAS SOBRE
VACUNAS EN CHILE**

La primera parte de esta investigación ha puesto de relieve la dimensión sociopolítica que las inmunizaciones han tenido desde sus inicios. A partir de diversos casos y de su desarrollo histórico se ha analizado la vinculación de las inmunizaciones con teorías médicas, modelos de Estado, disputas ideológicas y con distintas concepciones de salud pública, lo que permite comprender que la vacunación no puede ser entendida únicamente como una técnica médica, de aplicación universal y aislada de estos factores. Estas dimensiones sociopolíticas de la vacunación se hacen especialmente visibles en las diversas controversias que ha enfrentado la técnica, tal como hemos podido comprobar, por ejemplo, en las discusiones sobre la obligatoriedad de la vacunación que desde sus inicios han desplegado disputas políticas e ideológicas sobre temas más profundos, como la forma de entender el rol y los límites del Estado frente a los derechos individuales.

A grandes rasgos, hemos visto que en la medida en que han predominado las visiones liberales, especialmente aquellas más ortodoxas, el cuestionamiento a la obligatoriedad de la vacuna ha sido más manifiesto, evidenciando que la tensión entre la libertad individual que promueve doctrinalmente el liberalismo y el problema práctico de gobernar se puede traducir en importantes conflictos sociales. Por el contrario, en la medida en que se asentaron modelos de Estado social en distintos países también disminuyeron los cuestionamientos a las vacunas. La expansión y universalización de las vacunaciones han estado íntimamente ligadas al desarrollo del Estado de Bienestar, ya que además de predominar un discurso más colectivista y de validarse el rol del Estado en velar por la salud de la población, se crearon las condiciones adecuadas para la sistematización de las inmunizaciones, especialmente la ampliación de los derechos sociales como el de la salud y la creación de sistemas de salud con carácter universal.

Con el giro hacia el neoliberalismo de las últimas décadas hemos visto surgir nuevas expresiones de cuestionamiento a las vacunas, incluso en los países donde no es obligatoria, ya que la necesidad de tener a un alto porcentaje de la población vacunada para que funcione la “inmunidad de rebaño”, en la práctica también genera tensión entre lo individual y lo colectivo. Así, desde fines de la década de 1970, ante algunas controversias sobre la seguridad de ciertas vacunas, vimos que comenzaron a crearse asociaciones de padres a nivel internacional que empezaron a cuestionar las

inmunizaciones y a pedir libertad de vacunación bajo el lema del “derecho a decidir”. Si bien estas agrupaciones no fueron masivas, en algunos casos tuvieron capacidad de presión para lograr cambios relevantes como *Dissatisfied Parents Together* (hoy llamada *National Vaccine Information Center*) de EEUU. También hemos visto que muchas de las asociaciones que nacieron en esos años continúan vigentes como La liga para la Libertad de Vacunación en España o *Vaccine Choice* de Canadá. De esta forma, la gubernamentalidad neoliberal se enfrenta nuevamente a la contradicción que se expresa en el cuestionamiento a las vacunas y que ha estado presente desde sus inicios, “*es efectivo que desde el siglo XVIII se han incrementado las prácticas de regulación de la población; pero a la vez, el liberalismo y la Razón Gubernamental que ha desarrollado estas mismas prácticas, y que las justifica, sostiene la preocupación los derechos y libertades de los individuos*” (Salinas, 2014, p. 65).

Aunque la implementación de un modelo neoliberal haya debilitado al Estado de Bienestar y su lógica de competencia generalizada haya inclinado la balanza hacia visiones más “individualistas”, no se trata solo de centrarse en lo que el neoliberalismo ha “destruido” sino constatar que, tal como sostienen Laval y Dardot, su eficacia ha radicado en su capacidad para producir “*cierto tipo de relaciones sociales, de ciertas maneras de vivir, de ciertas subjetividades*” (2013, p. 14). Así, los cambios que ha generado la gubernamentalidad neoliberal, con sus lógicas de empoderamiento, responsabilización y su apelación a que cada individuo se convierta en un “empresario de sí” y que entre otras muchas formas de autogestión debe “hacerse cargo de su propia salud” han provocado una serie de tensiones que están en la base de las controversias actuales sobre las vacunas.

A continuación, en la segunda parte de esta investigación abordaremos el caso específico de las controversias sobre la vacunación en el actual contexto neoliberal chileno. Para esto analizaremos las principales reformas neoliberales que se realizaron en Chile, especialmente en el ámbito de la salud, para comprender su alcance hasta la actualidad y los lineamientos de las reformas posteriores. También presentaremos algunos de los principales indicadores de salud de Chile para comprender las orientaciones de las estrategias y políticas de salud, así como muchas de las preocupaciones que se expresan en las entrevistas a expertos y padres. Por ejemplo, es fundamental comprender las lógicas y las diferencias de funcionamiento del sistema de

salud público y privado en Chile para entender las estrategias que utilizan los padres para evadir la obligatoriedad de la vacunación.

Posteriormente, a partir del análisis de las entrevistas realizadas, tanto a expertos y profesionales de la salud como a padres y madres críticos con la vacunación, se desplegarán las principales tensiones que están presentes en las controversias sobre vacunas en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Para ello, en primer lugar se describirán cuáles han sido las principales controversias en nuestro período de estudio, 2010-2015, y sus principales actores, lo que permitirá contextualizar las entrevistas. Y en segundo lugar, se analizarán las principales tensiones políticas, médicas y comunicacionales que se expresan en las controversias sobre vacunas.

Capítulo 4: REFORMAS NEOLIBERALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN CHILE

Los cambios que se produjeron en Chile durante la década de 1970, especialmente a partir de las reformas neoliberales impuestas por la Dictadura de Pinochet (1973-1990), son claves para comprender el funcionamiento del sistema de salud actual, así como aspectos más generales que afectan a la salud de su población. Las reformas estructurales que se llevaron a cabo fueron profundas y abarcaron los principales ámbitos de la economía y la sociedad, y aunque la vuelta a la democracia significó un gran cambio político y social, muchas de estas reformas continuaron vigentes. El sector Salud, al igual que otros como la Educación o el Sistema Previsional, fueron emblemáticos del modelo privatizador y tal como veremos en este apartado, estos ámbitos son justamente los que están siendo cuestionados en la actualidad por gran parte de la sociedad chilena.

A continuación analizaremos estas reformas así como los principales indicadores que nos darán una visión general de los problemas de salud de la población chilena, así como las políticas públicas y las estrategias que se han impulsado para enfrentarlos. Todos estos aspectos han afectado directa o indirectamente a las políticas de vacunación y también la forma en que la sociedad las acepta o rechaza. Este marco general también es relevante para comprender el contexto en el que se desarrollaron las entrevistas de nuestro trabajo de campo y muchas de las referencias que se hacen en ellas.

Chile como “laboratorio” de las políticas neoliberales

En 1973 se produjo un golpe militar en Chile que terminó violentamente con el proyecto socialista de la Unidad Popular y sus políticas sociales. La represión, la persecución política y la censura fueron las consecuencias más inmediatas y evidentes, pero los cambios económicos, sociales y culturales que se implementaron, especialmente en los primeros nueve años de dictadura, tuvieron una profundidad y un

alcance que transformaron estructuralmente al Estado, con consecuencias que llegan a la actualidad.

En muchos sentidos se considera que Chile fue un verdadero “laboratorio” en el que tempranamente y de forma autoritaria se implementó un modelo neoliberal, que posteriormente fue seguido como ejemplo por otros gobiernos latinoamericanos e incluso utilizado como un caso destacado por los organismos internacionales que pidieron ajustes estructurales en las décadas posteriores, tal como lo señala este informe del Banco Mundial:

Algunos países en desarrollo han demostrado ya en los últimos años que se pueden introducir reformas amplias en el sector de salud cuando hay suficiente decisión política y cuando los cambios de los sistemas de salud los formulan e introducen planificadores capacitados. [...] En los años ochenta Chile delegó la responsabilidad de la totalidad de su sistema de asistencia clínica primaria en los gobiernos locales y fomentó una mayor competencia entre los sectores público y privado en la prestación de los servicios de salud y en los seguros médicos (Banco Mundial, 1993, pp. 14-15).

Si bien desde el inicio de la dictadura se marcó una dirección que favorecía lo privado en detrimento de lo público, las reformas neoliberales no operaron desde un principio, ya que en una primera etapa, que abarcó desde 1973 a 1979, fue necesario crear las condiciones para facilitar el camino que se emprendería posteriormente, con una serie de reformas de “segunda generación” que vendrían a partir de 1979.

Los primeros años se caracterizaron, principalmente, por instaurar un discurso “antiestatista” en favor de uno “privatizador”, que desprestigió todo lo relacionado con el ámbito público presentándolo como ineficiente y burocrático. Un discurso que a la vez fue acompañado por medidas concretas que deterioraron los servicios brindados por el Estado, como por ejemplo, la disminución drástica en el gasto público, *“entre 1973 y 1989 los gastos reales del presupuesto público en el área de la salud disminuyeron en 11% con lo que más de 40% de la población calificada oficialmente en situación de pobreza vio disminuida su protección social en salud”* (Monasterio Irazoque, 2009, p. 90)

En una segunda etapa, a partir de 1979, se creó el marco legal apropiado y se concretaron las principales reformas estructurales, con un marcado carácter neoliberal, diseñadas por un grupo de jóvenes economistas que estudiaron en EEUU con Milton Friedman y que eran conocidos como los *chicago boys*. De esta forma, se implementaron las llamadas “siete modernizaciones” que afectaron áreas claves como la seguridad social, la salud, la educación, el trabajo, la descentralización regional, la agricultura y el aparato judicial (Tetelboin, 2003).

Desde el principio, la salud fue una de las principales áreas a reformar por el Régimen Militar, pero no se trató simplemente de privatizar todo el sistema. Esto no era posible porque, por una parte, no existía la infraestructura necesaria para asumir esa demanda por parte del sector privado y por otra, el empeoramiento de las condiciones de vida en general de la población tampoco permitía que las personas pudieran hacerse cargo del pago de estos servicios. No se trataba de la retirada absoluta del Estado, sino de que asumiera un rol subsidiario del sector privado (Tetelboin, 2003). El Estado debía enfocarse en los sectores de extrema pobreza o indigentes, especialmente a través de subsidios o políticas focalizadas, y al mismo tiempo generar las condiciones para crear un mercado de la salud, en el que los sectores de mayores ingresos pudieran ejercer la “libre elección” de servicios. Así queda de manifiesto en un documento publicado por el Ministerio de Salud de Chile del Régimen Militar:

El Estado no puede dejar descubierta ninguna área importante de salud en espera del interés y desarrollo potencial de la actividad privada, pero sí puede, a la inversa, marginarse unilateralmente o por convenio de campos que el Sector Privado cubra adecuadamente con garantía de continuidad, cuando se trate de acciones esenciales para la salud (Ministerio de Salud de Chile, 1977, p. 47).

El desarrollo de este mercado de la salud se impulsó a través de una serie de reformas que, por una parte, debilitaron el sistema público y por otra, protegieron y mejoraron las condiciones para el funcionamiento del sector privado. Entre las principales transformaciones se encuentran las establecidas por el decreto Ley N° 2.763 de 1979, que reorganizó el Ministerio de Salud, concentrando el poder y la toma de decisiones en este organismo y desarticulando el antiguo Sistema Nacional de Salud para crear una red de servicios regionales llamado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Bajo la dirección del MINSAL también quedaron la Central de Abastecimientos (CENABAST), el Instituto de Salud Pública y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad encargada de la administración financiera del sector (Camus y Zúñiga, 2007). Otra reforma importante de la época fue la municipalización de la atención primaria en 1980, con lo que los consultorios y otros servicios como la ejecución de los programas de vacunación pasaron a depender de cada municipio. Esto trajo como consecuencia desigualdad en la atención, que pasó a depender de los recursos de cada municipio, lo que se vio agravado por el proceso de segregación social y espacial que a partir de esa época comenzó a intensificarse en algunas ciudades como Santiago.

Por último, una vez que se establecieron las condiciones adecuadas se dio el paso decisivo para generar un sistema privado de salud: la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Se trata de “*entidades privadas encargadas de financiar las atenciones y beneficios de salud, así como las actividades afines o complementarias a ese fin, a las personas afiliadas, y sus cargas, que cotizan el valor del plan pactado*” (Superintendencia de Salud, s. f.). Así, desde la década de 1980 los trabajadores chilenos pueden elegir dónde cotizar sus aportes en salud, ya sea en el sector público (FONASA) o en el privado (ISAPRES). En el caso de las ISAPRES, además de cotizar lo mínimo establecido por la ley, los trabajadores pueden contratar planes pagando un extra según los servicios ofrecidos. Todo bajo el lema de la “libre elección” y siempre de acuerdo a la capacidad de pago. Incluso dentro del sector público a partir de 1985 se crearon diferenciaciones de acuerdo al nivel de ingresos, dejando espacio también para la libre elección⁵⁶. Así, el Estado se hacía cargo de los indigentes pero en el resto de los casos se establecieron categorías por ingresos y las personas pueden elegir atenderse gratuitamente en las instituciones públicas o de acuerdo a su categoría realizar co-pagos en aquellos establecimientos privados que tengan convenio con FONASA (Molina Bustos, 2007).

La libre elección fue una piedra angular de las transformaciones para los reformadores neoliberales en todas las áreas claves como previsión, educación o salud. Tal es así que en la Constitución de 1980, elaborada durante la Dictadura y vigente hasta hoy, el derecho a la “protección de la salud” fue incorporado, pero tal como señala Drago

⁵⁶ El tema de la libre tiene su antecedente en la Ley de Medicina Curativa de 1968, para más información ver Molina Bustos (2007) y Raczyński (1983).

(2006), al no darle contenido quedó débilmente protegido y solo el derecho a elegir quedó plasmado explícitamente en el artículo 19, inciso 9: “*Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado*”.

Sólo es esta capacidad de opción entre el tipo de sistema, el que se encuentra protegido por el recurso de protección, acción de amparo para proteger a las personas de la violación de sus garantías constitucionales. De esta forma, la legislación que aborda las responsabilidades del Estado en materia de salud debe siempre respetar este derecho a elección (Drago, 2006, p. 17).

De esta forma, se dejó atrás la concepción de salud entendida como derecho social, producto de reivindicaciones sociales que debía ser protegida por las garantías del Estado, y se pasó a un enfoque donde se dio prioridad a la “libre elección”, siempre en una lógica de mercado”, que estaría más en la línea de los derechos individuales. Así, los individuos, de acuerdo a sus posibilidades económicas, toman decisiones, asumen riesgos y finalmente son los responsables de sus condiciones de salud y enfermedad.

Desde el principio FONASA se hizo cargo de la atención de cerca del 70% de la población⁵⁷, entre quienes se encontraban generalmente las personas de menos recursos, mientras que las ISAPRES se centraron en los grupos con mayor nivel socioeconómico. Además, el sistema público ha concentrado a las personas que representan mayores gastos, en comparación con las ISAPRES que habitualmente han utilizado mecanismos de selección, negando el acceso a determinadas personas, restringiendo las coberturas, no pagando prestaciones cuando se consideran “enfermedades preexistentes” o castigando con planes más costosos a determinados grupos como las mujeres en edad fértil o los adultos mayores. De esta forma, el sistema público se vio triplemente perjudicado desde el inicio de este sistema: por la disminución del gasto público en salud, por verse privado de las cotizaciones más altas y por tener que asumir mayores costos por la atención de la población con más problemas de salud. Las autoridades del Régimen Militar señalaban que esto cambiaría en la medida en que las personas

⁵⁷ Inicialmente los afiliados a FONASA rondaban el 70% y fueron disminuyendo hasta alcanzar su participación más baja con un 58,8% en 1997, mientras que el sector privado llegó a 26,1% y otros tipos de aseguramiento como el de las FFAA el 15,2%. A partir de esa fecha, los afiliados a FONASA han ido aumentando paulatinamente y desde el 2007 han superado el 70%. Las últimas cifras de 2013 indican que los afiliados a FONASA representaban el 76,3%, los asegurados privados el 18,2% y otros el 5,5% (FONASA, s. f.)

podieran hacerse cargo de su salud migrando al sistema privado, pero tal como han señalado algunos autores como Raczynski (1983) y Tetelboin (2003), en la práctica esto no ha sido así. La consecuencia de esta situación ha sido la desigualdad cada vez mayor entre el sistema público y el privado, un aspecto que se arrastra como problemática hasta el presente, que es considerado como un tema de gran sensibilidad para la población chilena y que es central en las discusiones sobre el sector salud en Chile.

A pesar de que estas medidas implementadas durante la Dictadura Militar favorecieron la desigualdad en la atención, y que en general las condiciones de vida de la población no mejoraron, e incluso se agravaron en crisis como la de 1982, algunos indicadores claves como, por ejemplo, la mortalidad infantil mantuvieron la tendencia a la baja que se venía registrando desde la mediados del siglo XX. De esta forma, en 1973, año en que comienza la Dictadura, la tasa de mortalidad infantil era de 65,1 y cuando el país volvió a la democracia, en 1990, había descendido a 16.

Tasa de mortalidad infantil en Chile (por mil nacidos vivos)

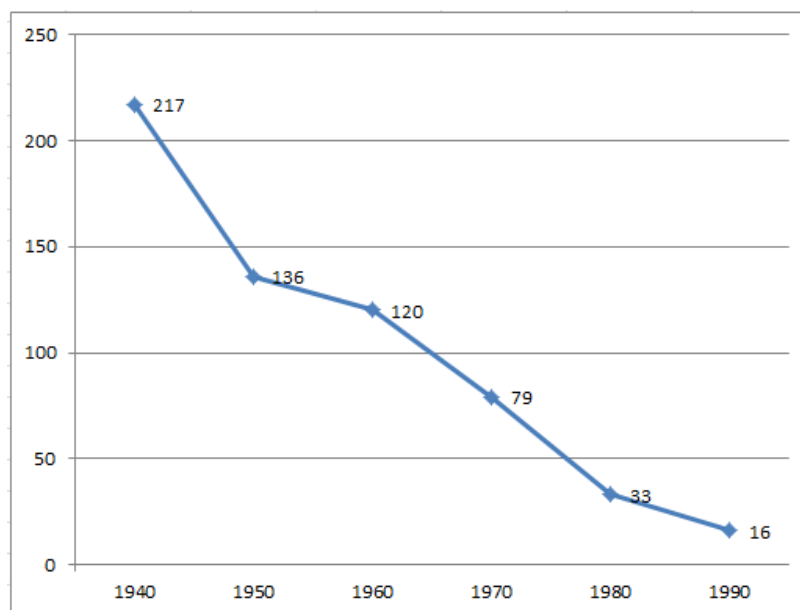


Gráfico elaborado según datos de Kaempffer A. y Medina, E. (2006)

La mejora de los indicadores durante este período se observó también en otros como la mortalidad materna, la neonatal y en menor medida en la mortalidad general, lo que ha sido calificado en algunas ocasiones como “paradojal” dada la disminución del gasto en salud y el debilitamiento del sistema público de salud que atendía a la mayoría de la población (Labra, 2002). Sin embargo, su explicación puede buscarse tanto en la

disminución de la natalidad, como en la mejora de la educación materna o en la aplicación de políticas focalizadas en la salud materno-infantil (Kaempffer y Medina, 1982). Tal como mencionamos, bajo la nueva racionalidad neoliberal el Estado debía focalizarse en los sectores de menos ingresos y muchas de las políticas de salud aplicadas en este período tuvieron esa orientación, especialmente las dirigidas a solucionar el problema de la desnutrición infantil severa, con programas de alimentación complementaria como el PNAC, así como el control del embarazo o la atención al parto, aumentando personal de salud como matronas o enfermeras. Así, por ejemplo, en los años ochenta los tres primeros “grupos de atención priorizados” eran: a) gestantes y puérperas; b) recién nacidos y menores de 6 años y c) menores de 6 años con déficit nutricional (Ministerio de Salud de Chile, 1984)

En este contexto, las vacunaciones también fueron parte de las medidas que se promovieron activamente, especialmente por su costo-efectividad y por estar orientadas principalmente a mejorar la salud infantil. Una de las estrategias utilizadas fue la incorporaron de las vacunaciones como parte del Controles de Salud Intensivo que se hacía a los niños menores de dos años (Ministerio de Salud de Chile, 1984).

De esta forma, tal como muestra Lavados (1983) en el siguiente cuadro, las vacunaciones se mantuvieron, e incluso aumentaron constantemente después del Golpe Militar, excepto con algunas enfermedades que ya estaban en retirada como la viruela.

Año	Anti-variólica	Anti-tífica	Anti-diftérica (*)	Anti sarampinosa	Mixta	Anti-poliomiel.	Anti-influenza	B.C.G.
1971	941.529	232.372	392.759	402.539	912.925	948.873	41.797	583.168
1972	747.252	133.183	386.233	231.273	774.004	924.057	62.550	527.777
1973	854.703	116.728	457.470	269.047	863.312	952.213	43.291	627.441
1974	774.419	459.561	465.542	301.178	1.001.985	1.156.443	78.328	650.479
1975	790.675	153.098	445.509	373.161	1.294.203	1.227.753	149.036	639.615
1976	784.257	105.350	481.323	270.977	1.322.099	1.187.795	177.734	626.954
1977	539.493	104.507	516.724	264.689	1.284.700	1.166.709	119.190	640.752
1978	34.577	92.684	561.810	321.350	1.157.204	1.083.833	120.595	671.300
1979	6.492	78.847	495.337	295.468	1.142.065	1.084.457	139.813	670.024

Fuente: Lavados, (1983, p. 107 y 111)

Entre los hitos más importantes del período se encuentra la eliminación de la poliomielitis en 1975, con lo que Chile se convirtió en el tercer país en el mundo en eliminar esta enfermedad (E. Laval, 2007). Un hecho que junto con la erradicación

temprana de la viruela en 1954 suele ser destacado como un orgullo de la salud pública del país.

La influencia de los organismos internacionales como la OMS y la OPS también fue relevante para sistematizar, consolidar y ampliar las vacunaciones que ya se venían realizando en Chile. Tal como vimos anteriormente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que lanzó la OMS en 1974 fue clave para la internacionalización y homologación de las políticas de vacunación a nivel mundial. Chile suscribió a las metas de este programa y estableció su propio PAI en 1978, sumándose a la prevención de ciertas enfermedades mediante la aplicación de un esquema de vacunas que debían ser provistas por el Estado en forma gratuita y continuada.

Al sumarse a este programa, en 1980 Chile también pudo integrarse al Fondo Rotatorio de Vacunas, puesto en marcha por la OPS en 1979, beneficiándose económicamente de la disminución de precios al comprar vacunas mancomunadamente junto a los otros países de América (OPS, 1980). Así, Chile comenzó a utilizar una estrategia de compra en la que además de obtener vacunas elaboradas en el Instituto de Salud Pública (ISP) y de las compras a laboratorios extranjeros, se sumaron las adquisiciones a través de este Fondo. Por ejemplo, en 1984 Chile adquirió las vacunas DPT y toxoide diftérico tetánico en el ISP; la vacuna BCG directamente al Instituto Mérieux y la antipolio al laboratorio Smith Kline RIT, y por último, la vacuna antisarampión a través del Fondo Rotatorio de la OPS (Ministerio de Salud de Chile, 1984)

Así, con el PAI las metas dejaron de ser solo nacionales, para pasar a tener estatus de compromiso internacional que mantiene hasta la fecha. Para alcanzar estos objetivos se desarrollaron estrategias que apuntaban a mantener las altas tasas de vacunación exigidas. El PAI se organizó de acuerdo a las nuevas estructuras y cambios que se emprendieron con las reformas del Sistema de Salud y la cobertura alcanzada en todo el país solo fue posible gracias a la ya existente red de servicios de salud pública, lo que se complementó incorporando al sector privado y comprometiéndolo con las metas del PAI.

En 1989, cuando ya estaba finalizando la Dictadura, una de las medidas que se llevó a cabo para “*mantener altas y eficientes coberturas de vacunación*” fue explicitar mediante decreto la obligatoriedad de la vacunación aclarando la edad, niños de hasta

seis años; las enfermedades (tuberculosis, Difteria, Tétanos, Coqueluche, Poliomielitis Rubéola, Parotiditis y Sarampión), y las dosis que debían recibir los niños en cada etapa. Además, se puso como condición para el ingreso a las escuelas y jardines infantiles, tanto públicos como privados, el certificado de vacunación.

Para el ingreso de niños hasta los seis años de edad a salas cunas, jardines infantiles, centros abiertos, escuelas, colegios y planteles educacionales en general estatales, privados o subvencionados que impartan enseñanza básica, los apoderados deberán acreditar ante la autoridad superior del establecimiento, con la exhibición del correspondiente carnet que se extiende a cada infante, el cumplimiento del calendario de vacunación obligatoria. En caso que el apoderado no pueda cumplir con el requisito señalado, deberá proporcionársele la información necesaria para que acceda a las vacunaciones correspondientes. (Decreto N°338, 1989).

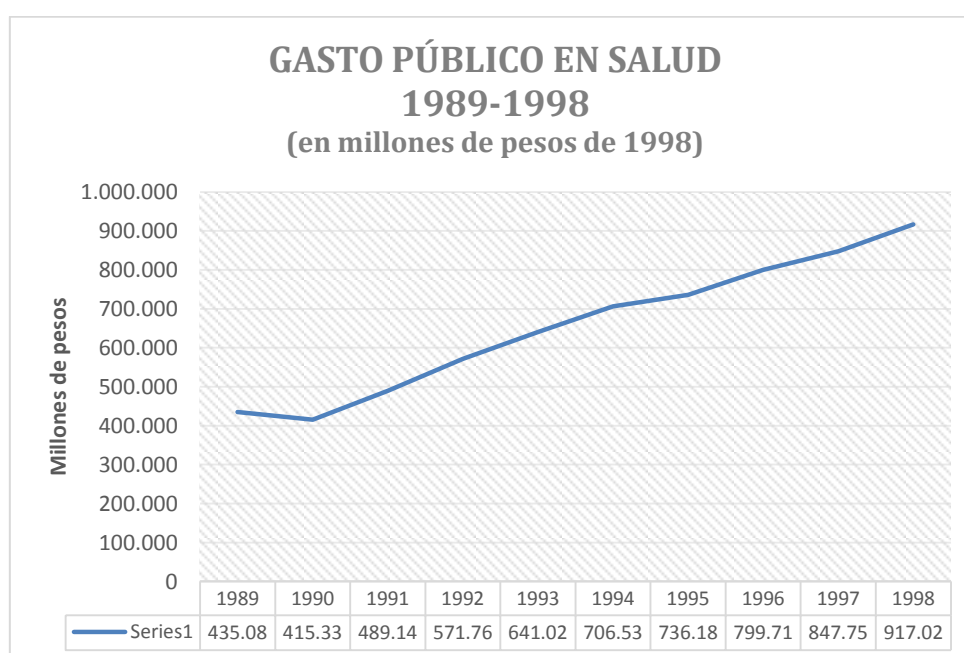
La condición de acreditar las vacunaciones para entrar a los colegios se mantuvo por mucho tiempo, pero posteriormente el texto fue quitado de las leyes, ya que tal como señaló la Contraloría de la República en un anexo del Decreto N°667: *“la acreditación mencionada ante un establecimiento educacional no puede obstar a su ingreso a dicho plantel, toda vez que la Carta Fundamental consagra, en su artículo 19, N° 10, el derecho a la educación, especificando que la educación básica es obligatoria y que el Estado tiene el deber de asegurar a toda la población el acceso a ella”* (Decreto N°667, 1996).

De esta forma, se puede observar cómo las políticas de vacunación se mantuvieron durante la etapa de la Dictadura e incluso se sumaron a las estrategias internacionales de la OMS y OPS. Tal como vimos en a nivel internacional, el giro hacia el neoliberalismo cambia claramente los contextos y sentidos de las políticas que se adaptan a estrategias más verticalistas.

El sistema de salud actual, principales indicadores e inmunizaciones

Tras 17 años de Dictadura, el regreso a la democracia tuvo gran impacto político y social pero no trajo grandes cambios en aspectos estructurales claves ni en el modelo económico neoliberal que se había implementado. El esfuerzo de los gobiernos posteriores estuvo encaminado en corregir los aspectos más apremiantes, pero las reformas de la Dictadura continuaron vigentes, atadas por la Constitución de 1980 y por un sistema electoral que favorecía el *statu quo*.

En el ámbito de la salud, los gobiernos de la década de 1990 tuvieron que hacer frente a los problemas que había dejado la falta de inversión en el sistema público, lo que se reflejaba tanto en el deterioro de las infraestructuras como en la falta de recursos humanos especializados (Rodríguez y Tokman, 2000). Durante esta década se incrementaron sostenidamente los recursos para la salud pública, algo que no es tan evidente si solo se tiene en cuenta el gasto en relación al PIB, que pasó de 2,1 en 1989 a 2,7 en 1998, lo que se explica porque el gasto aumentaba en concordancia con el crecimiento de la economía general. Sin embargo, si observamos la tendencia del gasto en millones de pesos (fijados en 1998 para poder hacer la comparación), queda de manifiesto el aumento sostenido.



Fuente: Gráfico elaborado a partir de los datos de DIPRES (1999)

A pesar de las mejoras que se introdujeron, la desigualdad en salud seguía siendo uno de los principales problemas al comenzar el siglo XXI y atravesaba distintas dimensiones, desde las diferencias por las condiciones de vida y los llamados “determinantes sociales de la salud” a la desigualdad en la entrega de servicios de salud, especialmente entre el sistema público y el privado. Todo esto se reflejaba en el resultado de la salud de la población, que dependiendo del quintil socioeconómico al que se perteneciera o a la comuna donde se viviera, los indicadores podían presentar importantes variaciones. Así, queda señalado en un informe del Ministerio de Salud de Chile:

Todavía en el año 2003, las tasas comunales de mortalidad infantil comprenden un rango que va desde 1,6 en La Reina y 1,8 en Vitacura, a 47,5 en Portezuelo y 32,2 en Lonquimay: las tasas máximas son 18 a 30 veces mayores que las mínimas. Otro indicador importante, la tasa comunal de mortalidad de los hombres de 20 a 44 años de edad, es de 83 por cien mil habitantes en Las Condes y de 84 por cien mil en Vitacura; en el mismo año 2003 alcanza valores de 494 en San Juan de la Costa y de 775 en Quirihue, lo cual da una proporción de cinco a nueve veces sobre los valores mínimos (Ministerio de Salud de Chile, 2005, p. 24).

Tal vez la reforma más significativa desde el regreso a la democracia ha sido la que se emprendió a partir del año 2000, que además de modificar la estructura del Ministerio de Salud, creó el régimen de Garantías Explícitas en Salud. Con esto, se intentó solucionar en parte algunos de los problemas que derivaban de esta situación de desigualdad, con metas como *“mejorar la equidad del sistema, reduciendo la brecha en los niveles de salud entre grupos socio-económicos; ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población; y, finalmente, mejorar los indicadores sanitarios”* (Infante y Paraje, 2015, p. 8). Si bien estas metas fueron relevantes no se buscó una transformación profunda al sistema de salud impuesto durante la dictadura, aunque sí se cuestionó que el rol del Estado debía ser solo subsidiario y las nuevas leyes se encuadraron en una perspectiva de Derechos. La Ley de Garantías Explícitas (GES) y el Plan AUGE de la Ley N°19.966 de 2004 establecieron que el Estado debía garantizar a los usuarios, tanto del sistema público como del privado, el acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad de las prestaciones de salud de un número

determinado de enfermedades consideradas como prioritarias, que en un principio fueron 56 y que en la actualidad se han ampliado a 80 patologías.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.
(Ley N°19.966, 2004)

Con esta reforma se explicitó el rol garante de Estado para estas patologías y se entregaron herramientas concretas a los ciudadanos para poder exigir estos derechos. Según esta ley, las personas deben ser atendidas en forma oportuna, por lo que se establecieron tiempos para dar respuesta, diagnosticar y tratar las enfermedades de la lista. Lo mismo sucedió con los criterios de calidad, accesibilidad y protección financiera, estableciéndose límites para los copagos y un tope de gasto, un aspecto muy importante para enfermedades catastróficas que podían dejar literalmente en la ruina a familias enteras. Además, si el sistema público no tiene capacidad para atender en los tiempos y condiciones establecidas, puede derivar al paciente al sistema privado “comprando” sus servicios, de manera tal que el usuario siempre reciba la atención. Por último, la ley faculta a las personas para que reclamen ante organismos fiscalizadores como la Superintendencia de Salud o incluso ante la justicia. De esta forma, se buscó dar respuesta a la incertidumbre que tenían muchos usuarios, tanto del sistema público, especialmente por la atención oportuna y de calidad, como del privado, ya que las ISAPRES utilizaban mecanismos para dejar fuera a quienes presentaran enfermedades complejas y caras.

Si bien esta reforma ha sido un hito importante, como mencionábamos anteriormente no ha sido una transformación profunda del sistema y a la vez, ha generado nuevas problemáticas difíciles de solucionar. Por una parte, el hecho de priorizar ciertas enfermedades en la práctica ha retrasado la atención de las patologías no-AUGE, generando, de alguna forma un tipo de discriminación y en este sentido, cabe preguntarse por la universalidad del derecho a la atención en salud planteada en estos términos. *“Paradójicamente, un programa pensado para incrementar los derechos en salud de la población, podría haber efectivamente disminuido dichos derechos para un grupo de la misma”* (Infante y Paraje, 2015, p. 34) . Por otra parte, la derivación de

pacientes al sistema privado ha generado un constante traspaso de recursos desde el sistema público, con lo que la deuda del sector se ha acrecentado (Urriola Urbina, 2016).

Tal vez uno de los aspectos más relevantes de las leyes y cambios que se han impulsado con esta reforma ha sido dejar de considerar a los ciudadanos como sujetos pasivos e impulsar, por lo menos formalmente, instancias de participación como los Consejos Consultivos de Usuarios, integrados por representantes de la comunidad vecinal y trabajadores. Más allá de la discusión sobre el alcance real de los derechos establecidos en el AUGÉ, haber planteado la ley desde una perspectiva de derechos y garantías, dotando a los ciudadanos de herramientas para su exigibilidad, ya introduce un cambio que va en ese sentido.

El reconocimiento de derechos faculta a individuos y comunidades, al otorgar derechos que imponen obligaciones jurídicas a otros. El hecho de incorporar la noción de derechos permite invertir una relación que se basaba en el poder de la autoridad ejecutiva frente a la necesidad pasiva del beneficiario, para transformar a ese beneficiario en un sujeto activo titular de derechos y a la autoridad en un ente obligado a garantizarlos (Drago, 2006) .

Este enfoque se reforzó con la promulgación de la ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente de 2012, que regula aspectos relacionados con la atención en salud y que rige para todo tipo de prestadores, ya sean públicos o privados. Esta ley tiene como principio la integridad de las personas y hace hincapié no solo en aspectos médicos sino en otros fundamentales como por ejemplo, el trato digno, el derecho a la autonomía, a la privacidad, a ser informado o a tener compañía. Si bien muchos de estos derechos deberían estar implícitos en cualquier tipo de atención médica, el hecho de tener que explicitarlos y sobre todo, entregar herramientas para exigirlos, tiene su explicación en una tradición de prácticas médicas basadas en una cultura paternalista y donde las personas no siempre han sabido qué exigir y cómo hacerlo. La ley se plasmó en una “Carta de derechos y deberes del paciente” que obligatoriamente debe estar colocada en un lugar público y visible de todos los consultorios, hospitales y clínicas. Así, en la actualidad cada vez que se ingresa a una institución de atención médica, es posible ver en las salas de espera o recepción el siguiente cartel:

Exige tus derechos



y cumple tus deberes

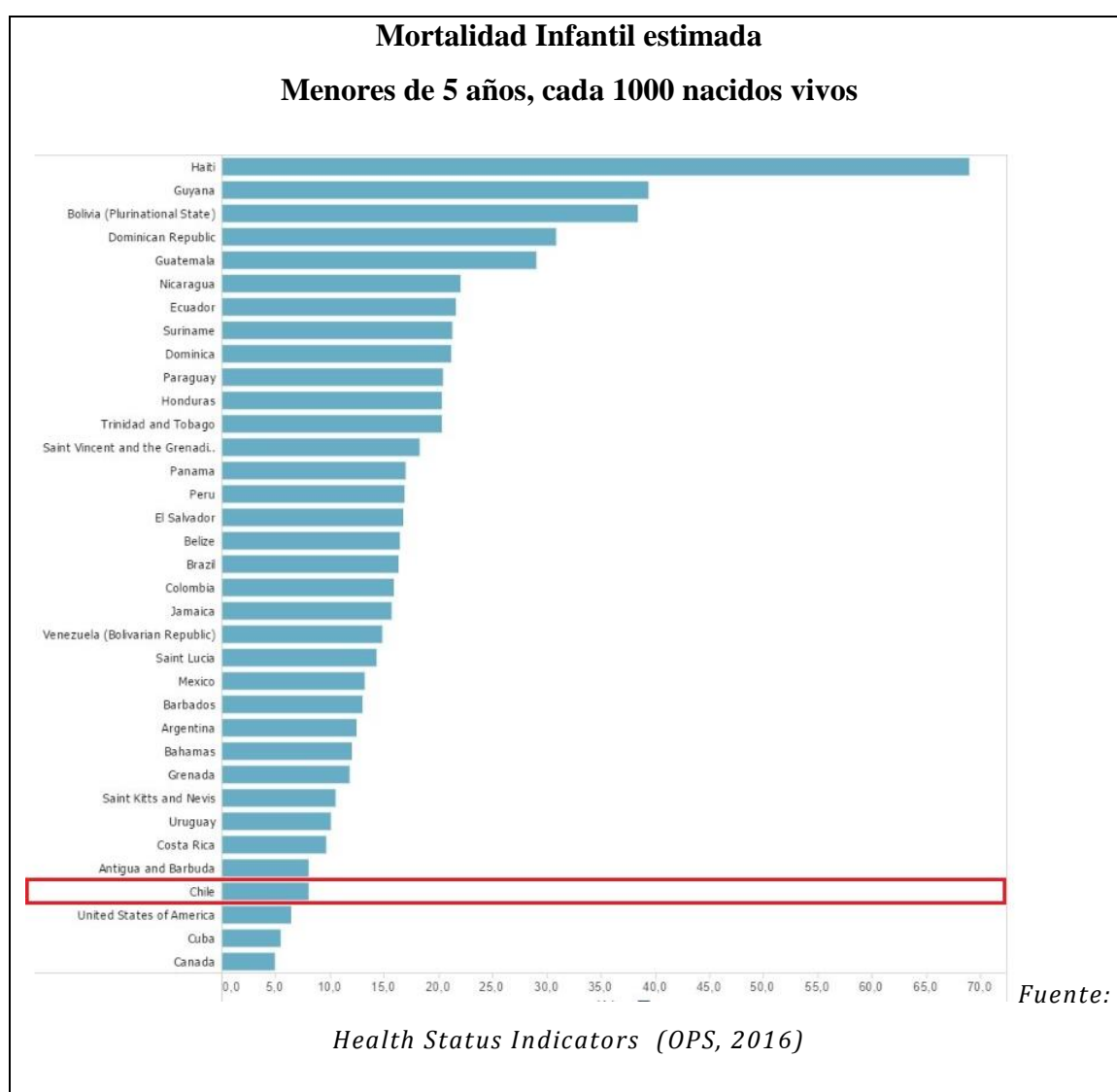


TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Tal como veremos más adelante, algunos de los derechos establecidos en esta ley han resultado claves para la actual discusión sobre la obligatoriedad de las vacunas, como los relacionados con el derecho a la información o al consentimiento informado, especialmente el artículo 14, al que se han acogido algunos padres que rechazan la vacunación, que establece que: *“Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”*. Sin embargo, quienes defienden la obligatoriedad de la medida se basan en los límites establecidos en el artículo 15 de la misma ley: *“Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario”* (Ley N° 20.584, 2012). Por lo tanto, esta ley abre vertientes para la discusión sobre el rechazo a la vacunación pero no la deja zanjada.

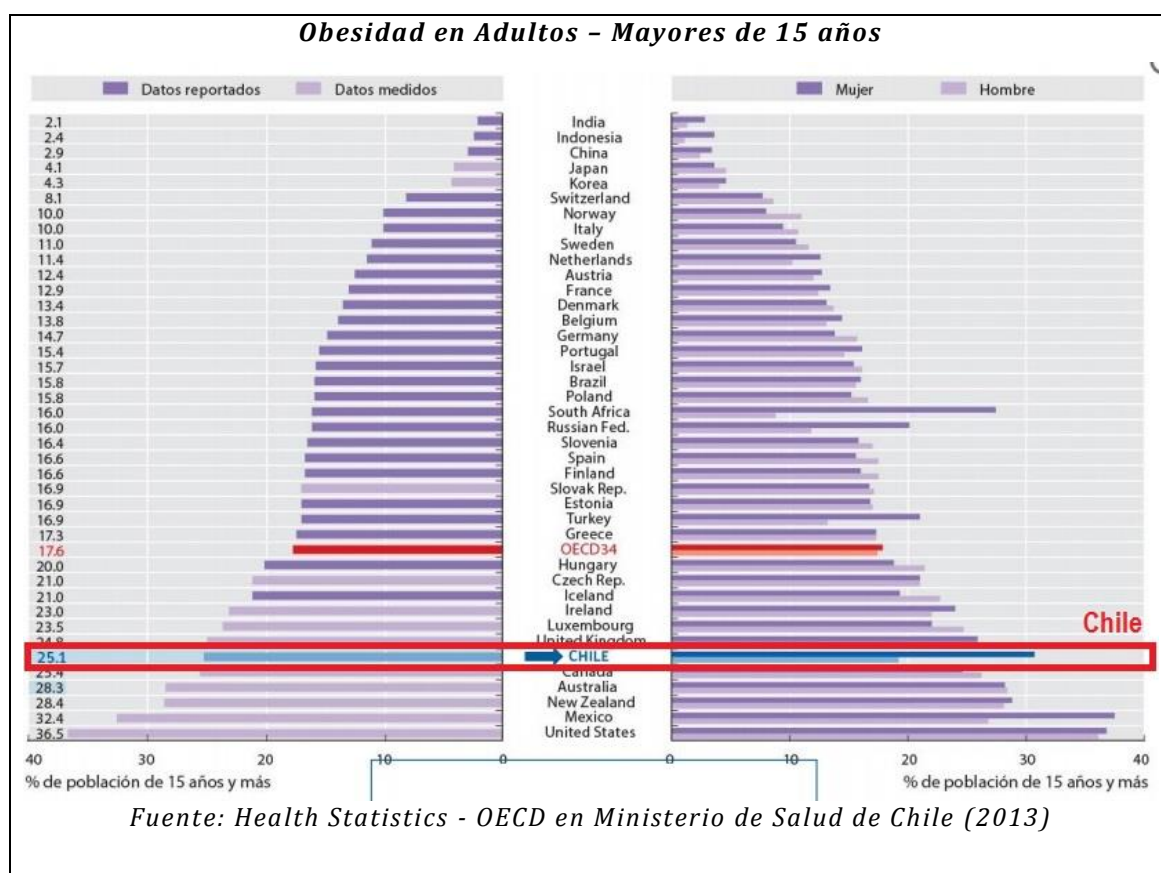
Transición epidemiológica e indicadores de salud

En la actualidad Chile presenta algunos de los mejores indicadores de salud del continente americano. Según los datos más actualizados de la OPS, la esperanza de vida al nacer de los chilenos es de 81,96 años (ambos sexos), con lo que solo sería superado en la región por Canadá. Otros indicadores relevantes apuntan en la misma dirección, la tasa de mortalidad general es de 4,3 (2014) y la mortalidad materna de 22 (2015). Otro ejemplo relevante es la mortalidad infantil, que en menores de 1 año es de 7,2 (2014) y en menores de 5 años de 8,1 (2015).



Sin embargo, si se analizan los indicadores relacionados con el tipo de enfermedades y problemas de salud que padecen hoy los chilenos y chilenas, vemos que presentan los

problemas del clásico patrón de la transición epidemiológica. Al ritmo del crecimiento económico sostenido en las últimas décadas, de la disminución de la tasa de fertilidad y del envejecimiento de la población, el país dejó atrás problemas como la desnutrición infantil o las enfermedades infecciosas, para enfrentar otros relacionados con el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo o enfermedades como la diabetes. Afecciones que además están muy ligadas a la desigualdad socioeconómica. En este gráfico de los países miembros de la OECD, se puede ver que Chile se encuentra, por ejemplo, entre los países con mayor índice de obesidad.



Los nuevos problemas de salud han sido abordados por las autoridades sanitarias con políticas y programas que, al igual que analizamos a nivel internacional, apuntan especialmente a los cambios de estilos de vida, con acento en la alimentación saludable o el aumento de la actividad física. Un enfoque que, por ejemplo, predomina claramente en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, donde no se abandona del todo el combate a ciertas enfermedades transmisibles, pero quedan relegadas y se hace mayor hincapié en aspectos relacionados con las no-transmisibles como el control de la

diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares, así como el control de los llamados “factores de riesgo”, como el consumo de tabaco, alcohol o drogas.



Logo de la Estrategia Nacional de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2011)

Y aunque se reconoce la importancia de las políticas de gobierno para transformar las condiciones de salud de los ciudadanos y se han aprobado leyes en esta dirección como la reciente de “etiquetado de alimentos”, los mensajes y las campañas hacen una clara alusión a la responsabilidad individual y a las decisiones personales que los sujetos deben tomar respecto a su propia salud. Esto queda reflejado en el slogan “Elige vivir sano” que acompaña a la Estrategia Nacional y que también es el nombre de un programa interministerial, y en otros mensajes como el que también se puede leer en el documento de esta Estrategia:



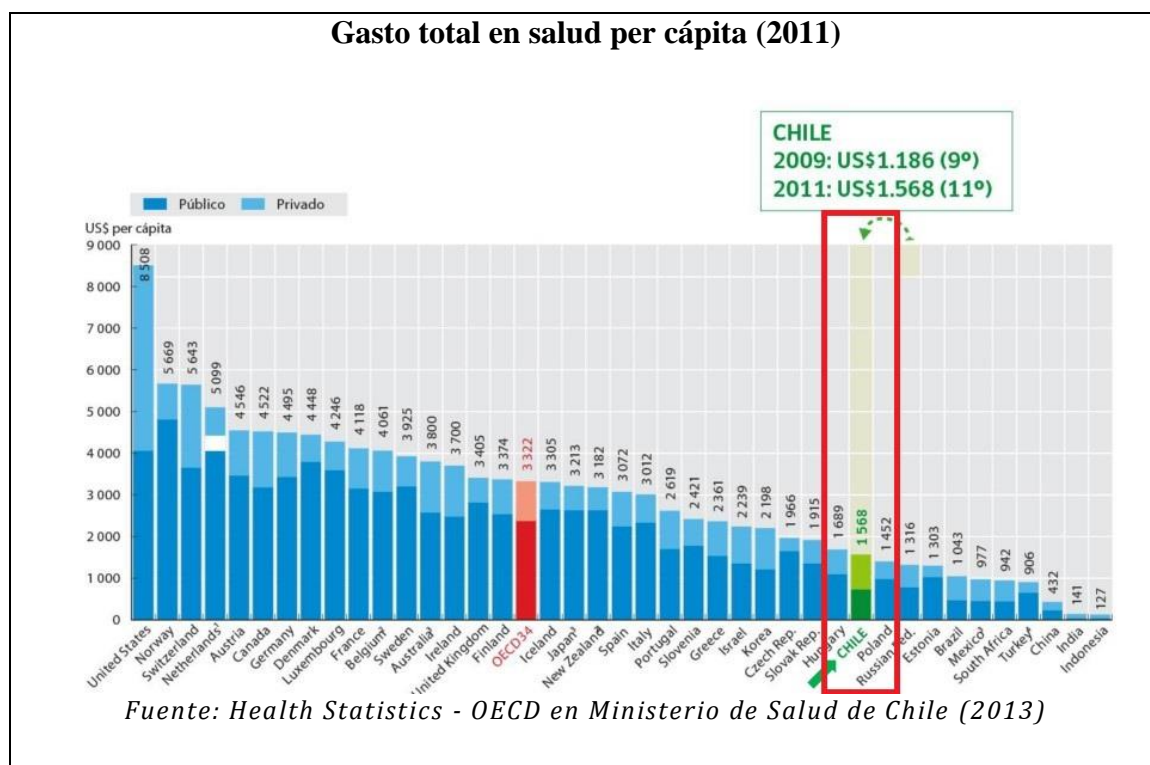
*Título que encabeza el mensaje del entonces presidente Sebastián Piñera presentando la Estrategia Nacional de la década 2011-2020.
(Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 4)*

Otro de los principales objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Salud es

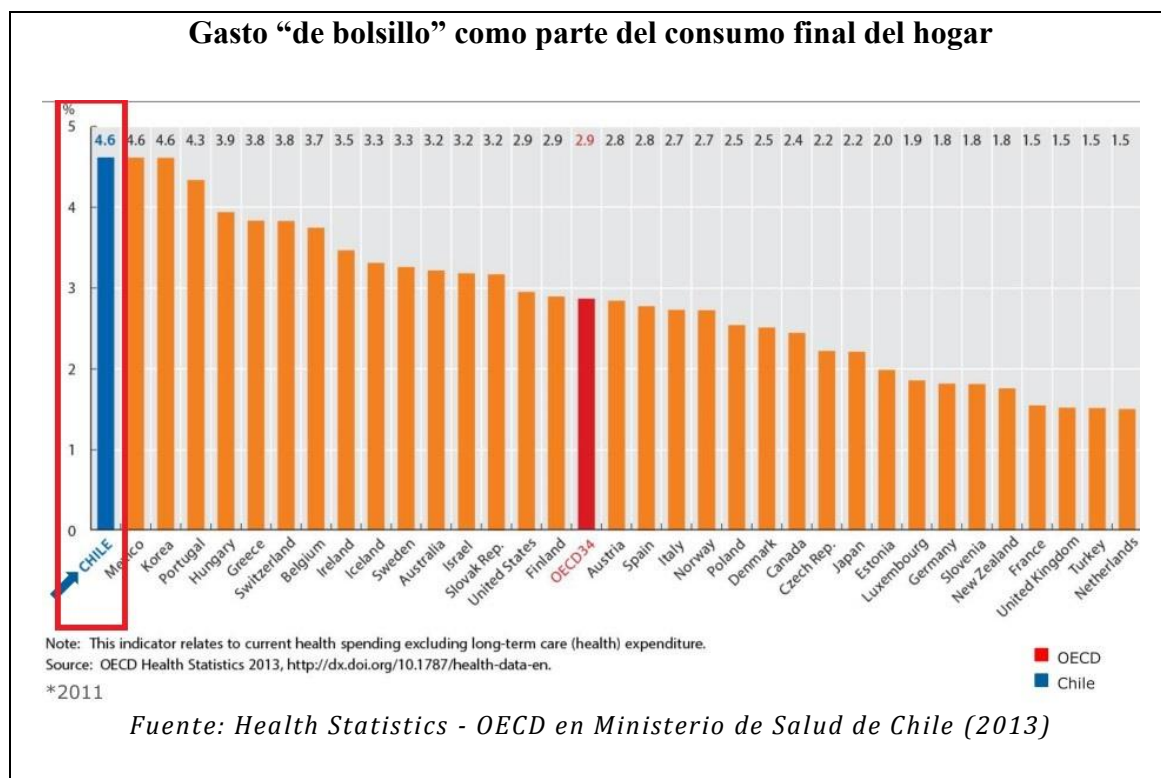
disminuir la desigualdad en salud, especialmente por las diferencias percibidas entre la atención del sistema público y el privado, algo que continúa siendo una fuente de disconformidad para la ciudadanía. Como ejemplo de esta diferencia se puede ver el dato que se recoge de la encuesta CASEN:

Por otra parte, en términos de la oportunidad de acceso a la atención de salud en Chile, la encuesta CASEN 2006 evidenció algunos problemas, sobre todo en relación con los beneficiarios del seguro público. Sus resultados mostraron que el 12,9% de estas personas afirmó haber esperado más de 30 días para una atención de especialidad desde que la solicitó, mientras que esto ocurrió solo en un 1,4% de las personas del seguro privado. Asimismo, el 76% de los encuestados del seguro público afirmó haber esperado más de 30 días para una hospitalización y/o cirugía desde que le fue indicada (Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 303).

A pesar del aumento constante del gasto público en salud y de haber mejorado en los últimos años, si se compara con otros países de la OECD, puede verse que Chile todavía sigue rezagado en esta materia.



Las personas que pertenecen al sistema público tratan de solucionar el problema de las filas y las largas esperas recurriendo a la modalidad de “libre elección” que ofrece FONASA y que implica un copago de acuerdo a la categoría a la que pertenezcan y al tipo de especialista, atención o clínica que se elija. Esto ha llevado a que las personas, tanto del sistema público como del privado, tengan que gastar de su “bolsillo” una proporción importante de su presupuesto familiar, lo que queda reflejado en el siguiente gráfico comparativo con los países de la OECD.



El gasto que representa el ítem “salud” para la economía familiar, la percepción de desigualdad entre el sistema público y el privado, los abusos de las ISAPRES o la incertidumbre frente a ciertos problemas que no están contemplados en el AUGE, son algunas de las principales problemáticas que generan disconformidad en la población. Muchas de las formas que se han puesto en marcha en los últimos años para apelar y exigir derechos buscan que las personas se “empoderen”, pero siempre a través de determinados mecanismos que solucionan problemas concretos sin generar cuestionamientos de fondo. La disconformidad general no ha apuntado solo al ámbito de la Salud, como hemos mencionado anteriormente, otros de los sectores emblemáticos de las reformas neoliberales como la Educación o el Sistema Previsional han sido el

centro de las protestas y manifestaciones. Si bien el movimiento estudiantil chileno ha sido la cara más visible de este malestar generalizado, en el sector Salud también ha habido movilizaciones con importante participación ciudadana y que en algunos casos han generado cambios. Entre las más destacadas están las manifestaciones contra los “abusos de las Isapres” en 2013 que buscaban instalar en la agenda el tema de la reforma del sector privado de salud o las “marchas de los enfermos” de 2013 que lograron la aprobación de la ley “Ricarte Soto” para crear un sistema de protección financiera para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades poco frecuentes y que en algunos casos requieren medicación de por vida⁵⁸.

Las inmunizaciones en la actualidad

Después de un largo período en que no se experimentaron casi cambios en el calendario oficial de vacunas obligatorias, a partir de la década de 1990 se comenzaron a sumar nuevas como la triple vírica en 1990 contra el sarampión-rubéola-paperas (aunque la vacuna contra el sarampión se colocaba desde 1963), en 1996 se agregó la vacuna contra la Hemophilus Influenzae B, en 2005 la vacuna contra hepatitis B, en 2011 la vacuna neumocócica para recién nacidos de bajo peso o prematuros (posteriormente se amplió a toda la población infantil) y para adultos mayores de 65 años en 2010. Las últimas incorporaciones fueron la vacuna contra cuatro cepas de enfermedad meningocócica, entre ellas la W135, y la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) dirigida a niñas que se encuentran en 4to año de enseñanza básica (escuela primaria) con un refuerzo al año siguiente. Así, en el siguiente cuadro es posible ver cómo se ha ido ampliando el calendario de vacunación, cubriendo un abanico cada vez más amplio de enfermedades prevenibles por vacunas⁵⁹.

⁵⁸ Para más información sobre la ley Ricarte Soto ver <http://leyricartesoto.fonasa.cl/index.html>

⁵⁹ Las vacunas son incorporadas mediante decretos y el actual vigente es el Decreto 6 EXENTO de 2010, al que se le han realizado una serie de modificaciones que pueden revisarse en la siguiente dirección: <http://vacunas.minsal.cl/conozcanos/marco-legal-2/decretos>

Enfermedades prevenibles por vacunas incorporadas en los esquemas oficiales

1974	1996	2015
Viruela	Tuberculosis (BCG)	Tuberculosis
Tuberculosis (BCG)	Difteria	Difteria
Difteria	Pertussis (Coqueluche)	Pertussis (Coqueluche)
Pertussis (Coqueluche)	Tétanos	Tétanos
Tétanos	Poliomielitis	Poliomielitis
Poliomielitis	Sarampión	Sarampión
Sarampión	Parotiditis	Parotiditis
Rabia expuestas)	Rubéola	Rubéola
	Haemophilus influenzae B	Haemophilus influenzae B
	Rabia (personas expuestas)	Hepatitis B
		Enfermedades Neumocócicas (adultos mayores y niños)
		Rabia (personas expuestas)
		Influenza (campañas)
		Enfermedad Meningocócica
		Papiloma Humano

De esta forma, es posible ver que actualmente los niños reciben más vacunas que en el pasado, aunque en muchos casos se encuentran “agrupadas” en una misma dosis. Para el año 2015 el calendario oficial de vacunaciones era el siguiente:

CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2015

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades por M. tuberculosis
2 y 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral*	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuros)	Enfermedades por Neumococo
12 Meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades por Meningococo
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A**	Hepatitis A
Adultos de 65 años	Neumocócica polisacárida***	Enfermedades por Neumococo
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4° Básico	VPH****	Infecciones por Virus Papiloma Humano
5° Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8° Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

- * Durante 2015, y dependiendo del abastecimiento mundial del producto, se reemplazará la dosis de Polio Oral de los 2 meses por Polio Inactivada.
- ** Solo para la región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Bio Bio.
- *** A partir de marzo se vacuna a los adultos mayores de 66 años, no vacunados previamente, consultantes en el sistema público.
- **** Durante 2015 se administrará una dosis de VPH a niñas que cursan 6° y 7° básico y durante el 2016 una segunda dosis.
- Como todos los años se realizará Campaña de Vacunación contra Influenza antes del Invierno.
- Durante 2015 se realizará Campaña de Vacunación contra Sarampión para mantener la eliminación de la enfermedad.



www.minsal.cl



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2015)

Entre los aspectos que se destacan habitualmente de este período se encuentra la eliminación del sarampión autóctono en 1992, registrándose desde entonces solo brotes esporádicos a partir de casos importados.

Desde el punto de vista de la producción de vacunas, tal vez lo más relevante ha sido el cierre en 2002 del Departamento de Producción de Vacunas del Instituto de Salud Pública (ISP). De acuerdo con lo recogido por la prensa, las autoridades del ISP argumentaron la necesidad del cierre por la falta de recursos para modernizar las instalaciones y el costo poco competitivo de las vacunas nacionales, aspectos con los diferían tanto trabajadores del ISP como el Colegio Médico (Cooperativa.cl, 2002; Emol, 2002). Sin duda, se trató de un cierre con una importante carga simbólica ya que se puso fin a un ciclo que había comenzado en 1898 con la creación de la sección de Sueros y Vacunas del entonces Instituto de Higiene. Desde entonces y hasta el año 2002 el Estado había mantenido una estrategia mixta, de desarrollo y producción nacional junto con la importación de vacunas, tanto en forma directa como a través del Fondo Rotatorio de la OPS. Con este cierre el Estado se retiró completamente de la producción de vacunas y pasó a depender de la compra a laboratorios extranjeros, lo que ha sido

criticado especialmente cuando se han presentado crisis o problemas como los efectos adversos que generó la vacuna DPT comprada en India en 2005 y 2006⁶⁰.

Un cambio de enfoque y reestructuración se dio en el año 2009, con el objetivo de enfrentar un “nuevo escenario de enfermedades inmuno-prevenibles”, rediseñándose todos los procesos relacionados con los programas de vacunación. En este contexto se creó el Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) para que la Subsecretaría de Salud Pública contara con una *“fuente de experticia externa al círculo político-técnico del Ministerio de Salud, con el doble propósito de elevar la calidad de estas decisiones y otorgarles un mayor grado de transparencia ante la ciudadanía”* (Decreto Exento 2028, 2010). Otro cambio relevante fue la búsqueda de un “enfoque integral” incorporando la prevención por vacunas a lo largo del ciclo vital. Si bien la población infantil siguió siendo prioritaria, se sumaron al calendario programático vacunas dirigidas a las personas mayores de 65 años y se incorporaron las campañas contra la influenza con vacunas que responden a la situación epidemiológica de cada año.

En cuanto a la cobertura de las inmunizaciones, en general, Chile ha cumplido con las metas establecidas a nivel nacional e internacional, lo que muestra que las vacunas cuentan con la aceptación de la mayoría de la población. Sin embargo, tal como podemos ver en el siguiente cuadro, en los últimos años se han producido algunas fluctuaciones y disminuciones en algunas vacunas, que si bien coinciden con algunos cambios relevantes como la implementación de un nuevo sistema de registro (RNI)⁶¹ que comenzó su marcha blanca en 2010 o problemas con el Censo “fallido” de 2012 cuyos datos se usan de referencia, también coinciden con el aumento de debates y cuestionamientos públicos a ciertas vacunas a partir de 2010.

⁶⁰ En la actualidad existe un proyecto que lidera la Universidad Católica de Chile para la creación de un Centro de Manufacturas de Vacunas, en el que también participarían empresas farmacéuticas y contaría con el asesoramiento en materia de Salud Pública del Ministerio de Salud y el ISP. Para más información ver: <http://inmunizacionesimii.cl>

⁶¹ Para más información sobre el Registro Nacional de Inmunizaciones ver: <http://www.deis.cl/registro-nacional-de-inmunizaciones-rni/>

Vaccines	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
BCG	93	98	98	92	91	96	95	100	98	98	95	95	95	96	98	93
DTP1	97	99	92	90	94	93	94	96	98	95	92	94	95	—	100	98
DTP3	96	95	91	90	94	92	94	95	96	94	91	93	96	97	97	91
DTP4	90	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
HepB3	96	95	90	90	94	92	94	95	92	95	—	—	—	—	—	—
HepB_BD	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hib3	96	95	90	90	94	92	94	95	96	94	91	93	96	97	97	91
IPV1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
JapEnc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MCV1	96	97	90	90	91	93	93	96	92	91	90	94	96	95	96	97
MCV2	89	88	78	74	77	84	89	89	95	95	96	110	—	—	—	—
PCV1	97	98	92	90	83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
PCV3	90	92	79	82	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pol3	96	95	90	90	93	92	94	95	95	94	92	94	96	97	96	91
RCV1	96	97	90	90	91	93	93	96	—	—	90	—	—	—	—	—

Fuente: OMS.

Estos aspectos hacen difícil evaluar el impacto que están teniendo estos debates en las tasas de vacunación y ha generado distintas versiones entre los expertos que no necesariamente reconocen una baja en las tasas de vacunación pero por otra parte, manifiestan preocupación como lo muestra el informe realizado por DIPRES⁶²:

En síntesis, las coberturas que alcanza el PNI para cada una de las vacunas muestran un alto grado de logro de las segundas, terceras dosis y refuerzos, lo que es una evidencia indirecta de la satisfacción usuaria, pues representa la respuesta a la citación que el personal del programa deja registrada en el carné de la persona vacunada. Sin embargo, también se observa un discreto descenso en las coberturas de las vacunas programáticas para el año 2010, situación que está siendo monitorizada por el Programa. Las vacunas del escolar (trivírica refuerzo y toxoide diftérico-tetánico), que presentan coberturas bajo 90% y en descenso en el período, ameritan seguimiento y evaluación de las poblaciones objetivo y estudio caso a caso de regiones y comunas dado que a nivel comunal existen grandes variaciones, con coberturas deficientes (50% o menos) o sobrecoberturas (150%) (DIPRES, 2012, pp. 33-34).

⁶² La Dirección de Presupuestos (DIPRES) es un organismo técnico dependiente del Ministerio de Hacienda encargada de velar por la asignación y uso eficiente de los recursos públicos. Habitualmente hace informes con recomendaciones sobre programas y organismos públicos como en ese caso, el Programa Nacional de Inmunizaciones. Para más información ver: www.dipres.cl

A partir de los datos presentados en esta sección es posible obtener una visión general sobre el sistema de salud chileno, los principales problemas de salud de su población y las vacunaciones. De esta forma, vemos que el diseño del sistema actual es heredero de las reformas realizadas durante la Dictadura, y aunque desde entonces se ha aumentado el gasto público en el área y se ha tratado de mejorar aspectos relacionados con la desigualdad, en ningún caso se ha realizado una transformación profunda, por ejemplo, no se ha universalizado la atención pública ni se ha cambiado el sistema de ISAPRES. Hoy, gran parte de la población chilena, un 76,3%, está asegurada a través del sistema público (FONASA), mientras que un 18, 2% está afiliada al sistema privado (ISAPRES). Sin embargo, la desigualdad de la atención entre ambos sistemas se refleja en la disconformidad de la población que, tal como veremos más adelante, se recoge en las entrevistas realizadas.

En cuanto a los actuales problemas de salud, como hemos visto, ya no están centrados en aquellas enfermedades infecciosas, que justamente son aquellas prevenibles por vacunas, sino en los problemas que se asocian a la transición epidemiológica y a una población envejecida. El foco de las estrategias de salud se ha puesto en problemas como la obesidad, el tabaquismo o la hipertensión, apelando al cambio de los hábitos poco saludables. Sin embargo, lejos de tratarse de problemas individuales, que puedan ser entendidos como “malas elecciones personales”, nuevamente los datos muestran que estos problemas van íntimamente ligados a la desigualdad social, algo que por ejemplo, puede comprobarse con el dato de obesidad infantil que se concentra en algunas de las comunas con población de menor nivel socioeconómico como Puente Alto o La Pintana (MINSAL, 2014) .

La libre elección de los individuos, entendida en el marco del libre mercado como una elección asociada a la capacidad de pago, ha sido una de las máximas de las políticas de la Dictadura. Muchas de las políticas sanitarias impulsadas posteriormente han tratado de incorporar una lógica de Derechos y Garantías, así como instrumentos para su exigencia, apelando al “empoderamiento” y a la “participación ciudadana”, sin embargo, la capacidad de pago en el ámbito de la salud ha seguido siendo el elemento diferenciador para una atención oportuna y de calidad.

Por último, si bien se ha continuado con las políticas de vacunación, a la vez que se han incorporado nuevas vacunas y se han mantenido los compromisos internacionales en

cuanto al cumplimiento de metas, la Estrategia Nacional de Salud indica claramente que el foco de atención ha estado puesto en otro tipo de problemáticas de salud y no en aquellas enfermedades prevenibles por vacunas. Tal como indica Crocco (2012), el Programa Nacional de Inmunizaciones no fue priorizado como un todo en la estrategia de salud para los próximo decenio y solo se contemplaron metas relacionadas con vacunas específicas.

Capítulo 5: CONTROVERSIAS Y RECHAZO A LA VACUNACIÓN EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Las controversias sobre vacunas en Chile: despliegue de los debates públicos

En su texto “Obligar a vivir o resignarse a morir”, publicado por primera vez en 2008, la historiadora María Josefina Cabrera analiza el debate sobre la vacunación obligatoria que se había producido en Chile casi un siglo antes, a principios del siglo XX, introduciendo su trabajo de la siguiente forma:

La vacunación obligatoria es el proceso coercitivo más emblemático de la salud. Sin embargo, en la actualidad, todos nos vacunamos cuando es debido, sin cuestionar el ineludible procedimiento. Las voces disidentes son escasas, pero para la época en estudio esta situación era muy diferente. Para aceptar la vacuna con la tranquilidad que lo hacemos hoy, los médicos, el Estado y las ciudadanos debieron comprender y asumir la importancia de prevenir enfermedades. Este interesante cambio de mentalidad, del cual daremos cuenta, se vivió con especial intensidad y dramatismo, constituyéndose en un momento histórico particularmente relevante en el contexto de la salud pública del país (Cabrera, 2012, p. 37).

El valor añadido de esta cita es que además de dar cuenta de ese “cambio de mentalidad” y por tanto, de la historicidad de la aceptación de la vacuna, a la vez nos entrega otro punto de referencia para analizar los actuales debates. Efectivamente, en el año 2008 no era extraño afirmar que “todos nos vacunamos”, pero además “cuando es debido”, “sin cuestionar el ineludible procedimiento” y aceptando la vacuna “con la tranquilidad que lo hacemos hoy”. Todas estas expresiones muestran el grado de aceptación que tenía esta medida en Chile y ciertamente, como señala Cabrera, hasta el año 2008 los cuestionamientos habían sido escasos o por lo menos, de poca visibilidad

pública. Los debates eran acotados a situaciones concretas y no ponían en duda el valor de la vacuna en sí misma, como por ejemplo, se pueden citar las discusiones que generó el cierre del Departamento de Producción de Vacunas del ISP en 2002 o las denuncias por lo que se entendían como “fallos específicos” como los presentados por la vacuna DPT en 2005.

Los cuestionamientos públicos a las vacunas comenzaron a tomar fuerza en Chile en el marco de la crisis por la gripe A (H1N1) de 2009. Tal como analizamos en el capítulo anterior, la alarma que se generó a nivel internacional por la declaración de pandemia, pronto fue seguida por cuestionamientos tanto a la gestión de la OMS como a las medidas recomendadas por la institución, con un foco especial en la seguridad de la vacuna y en su comercialización (Rocamora, 2012). Al igual que en otros países del mundo, Chile compró primero una gran partida de antivirales Oseltamivir, y cuando estuvo disponible realizó una gran inversión en vacunas que luego fueron infrautilizadas, tal como se señala en el siguiente informe de DIPRES:

Sin embargo, la población no respondió con la demanda de vacuna esperada, y la menor respuesta se observó en el grupo de 60 y más años (el grupo de 60 a 64 fue el grupo principal de la ampliación de cobertura, no acostumbrado a ser considerado grupo objetivo hasta entonces) alcanzándose en ellos sólo un 55% de cobertura. Interessantemente, la mejor respuesta entre los grupos objetivo fue la del personal de salud, que alcanzó 124% de cobertura, grupo mejor informado de los beneficios de la vacuna. La baja cobertura determinó una pérdida importante de vacunas, agravado por el hecho que este producto tiene una duración de sólo 12 meses desde su producción y es habitual que a su llegada al país sólo le queden 9 meses de vigencia, lo que no permite su traspaso de un año a otro, (si la duración fuera más larga, se produciría un ahorro de compra para el período siguiente) (DIPRES, 2012, p. 34).

La prensa se hizo eco de los debates internacionales y los artículos que inicialmente estaban centrados en la gripe misma y sus consecuencias, cambiaron de foco y pasaron a publicar sobre las dudas de la gestión de la OMS y sus recomendaciones, incluida la vacuna. De esta forma, la prensa cumple un rol en la visibilización de las controversias y los distintos actores buscan disputar ese espacio mediático para posicionar sus puntos

de vista. Así, por ejemplo, los expertos comenzaron a hacer llamados a la población a través de los medios de comunicación para que confiara en la nueva vacuna, lo que quedó reflejado en algunos de los titulares de ese período:

- “La OMS reitera que la vacuna de la gripe A es segura” (La tercera, 2009)
- “Expertos niegan riesgos de vacuna contra la gripe A(H1N1) y hacen urgente llamado” (Emol, 2010)

Es en este contexto de cuestionamientos que surgió uno de los debates sobre vacunas que más repercusión pública ha alcanzado en los últimos años en Chile, se trata de la controversia generada a partir del proyecto de ley que buscaba prohibir el uso de Timerosal en las vacunas del calendario oficial de vacunación del país. La ley fue debatida entre 2010-2014 y a pesar de ser inicialmente apoyada por el Ejecutivo, una vez que fue aprobada por el Congreso en 2014, casi inmediatamente fue vetada por el entonces Presidente de la República, Sebastián Piñera. Durante los cuatro años en los que la ley estuvo en proceso de tramitación, pasando por las distintas instancias de aprobación en las Cámaras de Diputados y Senadores, se fue generando un debate público con posiciones enfrentadas entre quienes pedían la prohibición del timerosal, representados principalmente por los parlamentarios que impulsaron la ley y agrupaciones de padres como Bioautismo, y quienes consideraban que no había evidencia científica para prohibir el timerosal, a saber, las autoridades del Ministerio de Salud y expertos en vacunas, especialmente los miembros del el Consejo Asesor de Vacunas e Inmunizaciones del Ministerio (CAVEI). El debate se desplegó en el Congreso, donde se escucharon las distintas posiciones, y fue ampliamente cubierto por los medios de comunicación, con lo que el tema alcanzó gran visibilidad pública y es entonces que se empezó a hablar en los medios de comunicación de Chile de los “grupos antivacunas”.

A continuación revisaremos los aspectos más importantes del debate y las posiciones de los principales actores, lo que nos dará un marco de referencia en el que situar las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, que justamente se desarrolló mientras se discutía esta ley.

La prohibición del timerosal era una aspiración largamente anhelada por los integrantes de Bioautismo, una agrupación de padres y madres de niños con trastornos del espectro

autista formada en 2007, que denunciaban la relación entre este preservante derivado del mercurio presente en las vacunas y el trastorno de sus hijos. Uno de los aspectos más interesantes de la acción de esta agrupación ha sido su gran capacidad para hacerse escuchar, tanto en los medios de comunicación como también en el Congreso, convirtiéndose en un actor clave del debate. Al igual que analizamos en otros casos de controversias a nivel internacional⁶³, esta capacidad de influencia de Bioautismo fue central para impulsar la ley, lo que ha sido reconocido incluso por los mismos parlamentarios, tal como puede verse en una de las sesiones de la Cámara de Diputados mientras se debatía la ley en 2011:

- **Diputado José Miguel Ortiz:** “Tengo en mis manos un informe muy completo preparado por la doctora⁶⁴ Carmen Gloria Chaigneau Dubreuil, directora de Asuntos Internacionales de Bioautismo, quien -entiendo- se encuentra en las tribunas y para la cual pido un gran aplauso, porque ha hecho un trabajo muy brillante” (Cámara de Diputados, 2011, pp. 23-24).
- **Diputado José Antonio Kast:** “En primer lugar, se debe destacar el trabajo que realizaron los padres de los niños con autismo, agrupados en Bioautismo, porque se acercaron a la diputada Cristina Girardi y pusieron el tema sobre la mesa legislativa. Hoy estamos legislando sobre esta materia debido al gran tesón que pusieron en su causa” (Cámara de Diputados, 2011, p. 36).

El debate que surgió de esta controversia fue complejo, tocando varios puntos de las discusiones que ya se habían dado a nivel internacional pero reelaboradas a partir de las preocupaciones locales. Los argumentos que se discutieron en el parlamento son los que posteriormente se despliegan en los medios de comunicación y que en gran parte, también aparecen resignificados en las entrevistas realizadas a los padres y a los expertos.

⁶³ Entre las controversias analizadas a nivel internacional cabe destacar de generada por la vacuna DPT entre 1974 y 1986 o el debate sobre el timerosal en EEUU a fines de la década de 1990. En estos casos la acción de agrupaciones de padres afectados como *Association of Parents of Vaccine-Damaged Children* en Reino Unido y *Dissatisfied Parents Together* o *SafeMinds* en EEUU, fue fundamental para presionar a los representantes y generar cambios en las políticas de vacunación, especialmente en EEUU donde se estableció el *National Vaccine Injury Compensation Program* (Programa Nacional de Compensación por Daños de Vacunas).

⁶⁴ Carmen Gloria Chaigneau es una de las principales voceras de Bioautismo y a pesar de ser introducida como “doctora” por el diputado Ortiz, ella no señala tener estudios de medicina o alguna especialidad relacionada con vacunas y se presenta a sí misma como “mamá”.

Los argumentos que dieron fundamento al proyecto de ley y que defendían quienes buscaban la prohibición del timerosal, especialmente los diputados impulsores y los integrantes de Bioautismo, podrían resumirse de una manera muy simplificada en los siguientes puntos:

- **Mercurio en las vacunas.** El timerosal es un preservante presente en las vacunas, que es un derivado del etilmercurio que tiene un 49,5% de mercurio. Se señala que el mercurio es uno de los compuestos más peligrosos del mundo que puede causar malformaciones a los recién nacidos, retraso mental o enfermedades como el cáncer. El etilmercurio sería distinto al metilmercurio (de probada toxicidad), pero se señala que habría controversias respecto a si tienen la misma peligrosidad. Se denuncia que al momento de impulsar la ley las vacunas chilenas tendrían entre 5 y 6 veces más timerosal de los niveles máximos de exposición recomendados por la OMS.
- **Timerosal y Autismo.** Dada la neurotoxicidad de los compuestos organomercúricos, a fines de los años noventa, se puso en duda la relación entre el timerosal y diversos trastornos como el Autismo en EEUU y Europa. En el mundo ha aumentado el autismo regresivo y se indica que ha sido paralelo al mayor número y frecuencias de vacunas con timerosal. Aunque se admite que el autismo es multicausal y no solo el timerosal puede provocarlo, se señala que no todos los niños reaccionan de la misma forma ante las vacunas con timerosal, algunos son más sensibles y desarrollan el trastorno mientras que otros no tienen problemas.
- **Principio precautorio en EEUU y Europa. Vacunas para el tercer mundo.** Aunque no estaba probada la relación de causalidad entre el timerosal y el autismo, entre fines de la década de 1990 y principios del 2000 en EEUU y Europa se prohibió el uso del timerosal en las vacunas apelando al principio precautorio. Este principio no se aplicó en los países en desarrollo como Chile, produciéndose así una diferencia entre vacunas para el primer y tercer mundo.
- **Consentimiento libre e informado:** las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios, mucho más aquellas con timerosal, por lo que las personas deberían tener libertad de acción y firmar un consentimiento informado.

- **Costo y factibilidad.** Existen vacunas alternativas sin timerosal en el mercado y su costo sería mayor pero asumible. No se trata de un problema de costos.
- **Principios constitucionales y desigualdad.** Las familias que tienen más recursos pueden comprar la vacuna sin timerosal en el mercado, por lo que se estaría produciendo una situación de desigualdad. El Estado no estaría garantizando el derecho a la vida y la integridad física y psíquica de las personas; la igualdad ante la ley y el derecho a la protección de la salud, que incluiría el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la misma.
- **Riesgo de afectar la credibilidad de las vacunas.** La incertidumbre sobre la seguridad del timerosal estaría provocando que los padres duden y dejen de vacunar a sus hijos. Habría que prohibir el timerosal para no afectar a las políticas de vacunación, que han sido exitosas para erradicar enfermedades en el país.

Uno de los aspectos al que más apelaron los parlamentarios promotores del proyecto antitimerosal durante las discusiones de esta ley en el Congreso fue el uso del denominado “principio precautorio” como criterio para la toma de decisiones en materia de salud pública. Tal como analizamos anteriormente, este principio surgió en el contexto de los debates medioambientales para que las autoridades tomen medidas ante la posibilidad de daños graves e irreversibles, sin que la falta de certezas científicas sea una razón para la inacción (Naciones Unidas, 1992). Así, al apelar a este principio estos parlamentarios no necesitaban tener evidencias científicas para tomar medidas sino simplemente estar frente a la amenaza de un daño grave. Con esto sacaron la decisión del marco “científico” y la inscribieron en el plano del criterio político, tal como queda reflejado en algunas intervenciones de los diputados impulsores del proyecto:

- **Diputada Cristina Girardi:** “(...) si bien no existe evidencia tajante y unívoca en relación con la causalidad entre el contenido de timerosal en las vacunas y la enfermedad del autismo, esto es la controversia o al menos la existencia de duda razonable de la relación de causalidad que existe sobre la materia, hace procedente que prime el principio precautorio que debe regir en el ámbito de la

salud pública destinada a proteger a todos los ciudadanos de nuestro país” (Cámara de Diputados, 2011, p. 17).

- **Diputado René Saffirio:** “Entonces, la razón de ser de este proyecto no dice relación con que nos involucremos en una discusión acerca de si existe o no relación entre el mercurio y el autismo. Ya lo señalaba la diputada Girardi: la sola aplicación del principio precautorio nos permite tomar la decisión con absoluta libertad, además, porque no tiene implicancias de carácter financiero para el país” (Cámara de Diputados, 2011, p. 19).

Siguiendo a François Ewald (1996) y tal como lo planteamos al analizar el debate sobre el timerosal en EEUU, la “precaución” es un tipo de lógica nueva ante la incertidumbre que generan los riesgos de los mismos avances científicos y tecnológicos. La precaución busca interrogar sobre los límites del conocimiento científico, frente a lo que la misma ciencia “desconoce que no conoce”. De esta forma, el conocimiento científico que manejan los expertos no se niega pero se relativiza, y se abren las puertas a otras interpretaciones, incluso de los no expertos. En el caso chileno, si bien se planteaba que la certeza científica no era necesaria para tomar una decisión respecto a la ley, sí debía estar planteada la duda sobre un riesgo grave e irreversible para la salud, lo que se llamaba una “duda razonable”. Por esta razón, otra característica que tuvo este debate fue que quienes estaban a favor de la prohibición del timerosal, tanto los parlamentarios como los padres de Bioautismo, “no negaban la ciencia” sino que relativizaban una posición determinada y la reinterpretaban apropiándose de los códigos y lenguaje científico, presentando otros estudios y llevando sus propios expertos.

La oposición al proyecto estuvo representada por el Ministerio de Salud, gran parte de organizaciones y gremios científicos de Chile y por el Consejo Asesor de Vacunas e Inmunizaciones del Ministerio (CAVEI). Sin embargo, inicialmente varios de estos actores tuvieron una posición ambigua, lo que complejizó el debate sobre el timerosal. Por ejemplo, el Ministerio de Salud y muchos de estos mismos expertos, inicialmente apoyaron la ley y estuvieron de acuerdo con la aplicación del principio precautorio para retirar el timerosal de las vacunas. Por eso en abril de 2011 el Presidente de la República, Sebastián Piñera, le dio el carácter de “urgencia simple” al proyecto para que fuera tramitado con mayor celeridad. Incluso en numerosas sesiones los impulsores del proyecto agradecen tanto al Presidente Piñera como al Ministro de Salud, Jaime

Mañalich, su apoyo. El mismo Ministerio de Salud en 2012 apeló al principio precautorio para disminuir el timerosal de las vacunas del calendario oficial, permitiendo que solo una vacuna, la Pentavalente, tuviera trazas de timerosal. Otro ejemplo, es la recomendación que hace el comité de expertos del CAVEI explicada por el Dr. Jiménez de la Jara en una sesión del Senado celebrada el 29 de julio de 2011 mientras se discutía el proyecto de esta ley:

El CAVEI considera que no se ha logrado demostrar convincentemente una asociación entre el uso de timerosal en vacunas, con trastornos del desarrollo ni con desordenes del espectro autista. Sin embargo, se debe considerar que:

- Aún no hay evidencia suficiente que asegure que el timerosal en las vacunas no aumenta el riesgo de desarrollar problemas futuros de salud en los niños vacunados, especialmente en zonas donde puede haber otras fuentes adicionales de exposición al mercurio;
 - Permanecen algunas preguntas sin respuesta que obligan a adoptar el principio de precaución en el uso de vacunas con timerosal;
 - Parece factible reemplazar las actuales vacunas que contienen timerosal por otras equivalentes que no lo contengan.
- [...] En este contexto, se ha recomendado al Ministerio de Salud limitar en el más breve plazo posible el contenido de timerosal de las vacunas del programa nacional⁶⁵. El Comité considera que el plazo recomendable para una reingeniería en esta materia y de esta envergadura es de 18 a 24 meses (Comisión de Salud del Senado, 2011, pp. 14-15).

Sin embargo, a medida que avanzó la discusión de la ley la posición, tanto el Ministerio de Salud, como el CAVEI y las principales asociaciones científicas de Chile se modificó asumiendo mayoritariamente una postura en contra del proyecto. Una excepción siguió siendo la voz del Presidente del Colegio Médico de Chile, Enrique Paris, quien continuó defendiendo retirar el timerosal bajo el principio precautorio. Los argumentos contra la ley pueden resumirse en los siguientes puntos:

- **No hay relación entre timerosal y Autismo.** No hay evidencias científicas que relacionen el timerosal y el autismo. El timerosal se prohibió en algunos países

⁶⁵ Destacados y subrayados propios.

como EEUU y en Europa cuando no había evidencia suficiente. Estudios posteriores han descartado la relación entre autismo y timerosal. Actualmente, los organismos nacionales e internacionales rechazan la relación entre el autismo y el timerosal, y recomiendan mantener el uso de este preservante en las vacunas.

- **Diferencias entre el etilmercurio y metilmercurio.** Estos compuestos son diferentes y es el metilmercurio el que tiene probada la toxicidad y preocupa a las autoridades.
- **Aumento de autismo.** El autismo ha seguido en aumento en aquellos países en los que se ha retirado el timerosal como EEUU, Dinamarca o Canadá.
- **Trazas.** Al 2014 solo una vacuna, la pentavalente, contiene timerosal levemente superior a trazas.
- **Cambio afectaría la eficacia del programa de vacunación.** Cambiar esta vacuna encarecerá el Programa Nacional de Vacunas, dinero que podría utilizarse para otras prioridades. Además, no hay una vacuna equivalente a la pentavalente en el mercado, por lo que habría que cambiar todo el calendario de vacunación, optando por una vacuna hexavalente más vacuna de polio inyectable. Estos cambios no han sido evaluados y pueden traer consecuencias, afectando la eficacia del programa de vacunación.
- **Restricción al Fondo Rotatorio de la OPS.** El Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS no discrimina entre vacunas con o sin timerosal y, por lo tanto, si se prohíbe su uso total se restringiría el acceso a las vacunas que provee este Fondo.
- **Evidencias científicas y señal a la ciudadanía** Las decisiones en salud deben basarse en evidencias científicas, no en decisiones políticas. El principio precautorio no sería adecuado y sería una señal equivocada a la población.

Paralelamente la controversia desbordó el escenario legislativo y también se desplegó con fuerza en los medios de comunicación. A medida que avanzó el proyecto de ley, los principales actores disputaron el posicionamiento de sus argumentos en el espacio mediático con apariciones en los diversos medios (prensa gráfica, radio, tv), en horarios

prime time, abriendo secciones en los principales diarios del país o generando opinión a través de columnas. Las posiciones enfrentadas de actores relevantes, la sensibilidad respecto a una política pública dirigida a niños sanos y el elemento conmovedor de los testimonios de los padres y madres de niños autistas fueron algunos de los componentes noticiosos que llevaron a instalar el tema en la agenda mediática lo que a lo largo del período se conocería como “La polémica ley del timerosal”.



Fuente: CNN Chile (2014a)

Los voceros de ambas posturas, a favor y en contra de la ley, utilizaron argumentos sensibles a la opinión pública chilena en ese momento como “el lucro” y los “conflictos de interés” contraponiéndolos a la salud de los niños. El tema del “fin del lucro” había sido uno de los eslóganes del movimiento estudiantil chileno que pedía una educación “gratuita y de calidad” y era parte del universo de críticas que cuestionaban el modelo privatizador. Así, por ejemplo, una de las diputadas impulsoras del proyecto de ley, Cristina Girardi, escribía en 2013 una columna en el diario El Mostrador, donde vinculaba el timerosal con el negocio de las farmacéuticas y acusaba a los principales

médicos e investigadores que públicamente habían defendido el uso del timerosal de tener conflictos de interés con laboratorios farmacéuticos.



Cristina Girardi (2013), Diario El Mostrador

Por otra parte, quienes estaban en contra de la ley también utilizaron el mismo argumento del “lucro” detrás de esta propuesta, señalando el interés de un laboratorio específico que tendría el monopolio de la producción de la vacuna que reemplazaría a la pentavalente con timerosal.



CNN Chile (2014c)

Hay que señalar también que la discusión sobre el timerosal se desarrolló en un contexto en el que ya había una desconfianza instalada respecto a los laboratorios y empresas farmacéuticas, que en los últimos años habían protagonizado algunas polémicas como las relacionadas con la “colusión de los precios”. El clima de desconfianza hacia el rol de las autoridades y políticos en el control de las grandes empresas era creciente, un tema que es de plena vigencia en la actualidad.

Finalmente, a pesar de la oposición del Gobierno y de gran parte de la comunidad científica, la ley que prohibía el timerosal fue aprobada en el Congreso Nacional el 15 de enero de 2014. Sin embargo, solo un par de semanas más tarde y a pocos días de finalizar su mandato, el Presidente Sebastián Piñera vetó la ley argumentando que se había aprobado sin tener en cuenta *“la abundante evidencia científica, ni las recomendaciones y afirmaciones realizadas especialmente en las etapas finales de la tramitación del proyecto por diversas entidades internacionales dedicadas a la salud y el medio ambiente, desconociendo su alta especialización, trayectoria, vigilancia y recomendaciones”* (Piñera, 2014). El veto presidencial y las reacciones también fueron ampliamente cubiertos por la prensa gráfica, radio y TV.



CNN Chile (2014b)

De esta forma, a partir del debate del Timerosal las vacunas cobraron relevancia noticiosa, lo que durante este período (2010-2014) se fortaleció con el surgimiento de otros casos relacionados con vacunas que recibieron atención de la prensa. Un ejemplo es la alarma que produjo el brote de meningitis W135 en 2012. Esta enfermedad no es altamente contagiosa, pero tiene consecuencias muy graves, pudiendo causar incluso la muerte, lo que llevó al Gobierno a iniciar una campaña de vacunación de dos dosis a niños menores de dos años. Si bien para con la primera dosis hubo buena respuesta, especialmente mientras la noticia del brote tuvo más difusión, con la segunda bajaron las coberturas y nuevamente los expertos de salud pública tuvieron que hacer un llamado a vacunar.



Catalina Rojas (2012), Diario La Tercera

Nuevamente, los medios de comunicación cumplen un rol en la visibilidad de ciertos debates y a la vez, se convierten en un espacio de pugna por el posicionamiento de contenidos.

En este contexto donde la seguridad de las vacunas estaba siendo objeto de cuestionamiento, el Gobierno incorporó dos nuevas vacunas al calendario oficial para ser aplicadas a partir de 2014: la vacuna contra la meningitis que incluía, entre otras, la cepa W135 y la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), para niñas de 4to año de Enseñanza Básica, con un refuerzo en el curso siguiente. Tal como analizamos en el contexto internacional, hay que tener en cuenta que, además, la vacuna contra el papiloma humano (VPH) ya había generado debates en la mayoría de los países donde se había implementado y se habían creado asociaciones de padres que por distintas razones, incluso religiosas o “morales”, se oponían a esta nueva vacuna. Aunque mientras se realizó el trabajo de campo el debate de la vacuna VPH no había alcanzado mayor visibilidad, en la actualidad (2016-2017) esta es la controversia sobre vacunas de

mayor relevancia. En este caso, algunos padres y madres organizados a través de agrupaciones como Red Infancia Chile ONG, “Libertad de Vacunación por un Chile Democrático (Movimiento Antivacunación) y “No a Gardasil” han promovido como estrategia interponer recursos de protección a lo largo del país para evitar la vacunación de sus hijas.



Diario Emol (2016)

Nuevamente, estamos frente a agrupaciones de padres que reclaman el “derecho a decidir” sobre la salud de sus hijos y vemos que en este caso se consolidó como estrategia la judicialización, una vía que ya se había comenzado a utilizar en Chile con las demandas al Estado y que en otros países como EEUU está más afianzada. De esta forma, vemos que ante la falta de acuerdos por otras vías como la político-legislativa, tal como sucedió en el caso del timerosal, se produce un desplazamiento hacia la Justicia como instancia de resolución de este tipo de conflictos. Y es allí donde se busca dirimir la tensión entre los derechos colectivos y los individuales, así como el derecho a la salud de los menores. Tensiones que como hemos podido ver han acompañado a las discusiones sobre vacunas desde sus inicios. Por ejemplo, en la discusión de fines del siglo XIX y principios del XX, vimos cómo en Chile las tensiones por la implementación de la ley de obligatoriedad de vacunación se resolvieron principalmente por vía política.

Si bien no hay que perder de vista que en general las políticas de vacunación en Chile cuentan con la aceptación de la mayoría de la población, se está lejos de esa afirmación

que hacía la historiadora María Josefina Cabrera en 2008 de que “*todos nos vacunamos cuando es debido, sin cuestionar el ineludible procedimiento*”. Las críticas a las vacunas han ganado visibilidad en los últimos años y preocupan a los expertos en salud pública.



El Mostrador (2016)

Más allá de la prensa generalista, los cuestionamientos a las vacunas tienen un importante espacio de debate en internet, principalmente en redes sociales donde distintos grupos comparten información y experiencias. En estos espacios, los padres y madres han ido siguiendo los debates y en algunos casos compartiendo las estrategias para ejercer presión o para eludir la obligatoriedad de la vacunación. Tal es el caso del grupo Bioautismo que compartía a través de foros las cartas para enviar a los diputados y senadores mientras se tramitaba la ley del timerosal o de los padres que se dan datos de cómo enviar cartas al ministerio, cómo enfrentar situaciones judiciales o qué médicos son más respetuosos con sus posturas. Un ejemplo es el grupo público de Facebook público Libertad de vacunación en un Chile Democrático (Movimiento Antivacunación).



En los últimos años también ha crecido en Chile una prensa especializada, más vinculada a las llamadas “medicinas alternativas” que es abiertamente críticas a la vacunación y que genera titulares como el siguiente ejemplo:



Esta prensa ha crecido de la mano de una mayor demanda de medicinas alternativas como la antroposófica o la homeopática y de terapias alternativas que promueven una “visión integral”, haciendo hincapié no solo en las causas físicas de la salud y la enfermedad, sino de las “emocionales” y “espirituales”. Este tipo de publicaciones ha ganado público, llegando a tener un espacio en los puestos de revista que se encuentran en la vía pública.



Puesto de revistas en la vía pública de Santiago: abajo a la izquierda los semanarios dedicados a las medicinas alternativas como El Guardián de la Salud y Salud natural.

Fuente: fotografía de la autora, julio de 2015.

Los continuos debates y controversias que desde 2009 han tenido como centro a las vacunas, ponen de manifiesto una serie de tensiones que van más allá de una discusión sobre componentes específicos como el timerosal o determinados efectos secundarios. El debate que se ha desarrollado en Chile nos da cuenta de un ciudadano “empoderado”, con recursos culturales, políticos y sociales para impulsar estrategias en los medios, por vía judicial o como en el caso de los padres de Bioautismo, en el mismo Congreso para posicionar su punto de vista. Un ciudadano capaz de cuestionar a los expertos, en este caso del ámbito de la salud, poniéndolos en tensión y llevándolos a su vez a desarrollar otras estrategias para delimitar los marcos y los actores válidos de las discusiones sobre

salud. A continuación, analizaremos algunas de las principales tensiones que expresa esta controversia a partir de las entrevistas realizadas tanto a padres y madres como a expertos del ámbito de la salud.

Apuntes sobre las entrevistas: la diversidad de los actores

A medida que avanzaron las controversias sobre vacunas, especialmente la del timerosal, se fueron haciendo cada vez más comunes las referencias a los “grupos antivacunas”, a los que a veces también se calificaba como un “movimiento” identificándolo como parte de un contexto más global. Aunque se reconocía la falta de información e investigaciones al respecto, en general se planteaba a los “antivacunas” como algo bastante homogéneo. Sin embargo, cuando se comenzó a diseñar el trabajo de campo de esta investigación, en 2012, uno de los principales obstáculos para pensar las entrevistas fue constatar que en Chile en realidad no había grupos organizados que se definieran como tal. Una situación distinta existe en la actualidad, ya que por lo menos en las redes sociales hay grupos que se autodefinen de esta manera, como por ejemplo, “Libertad de vacunación en un Chile Democrático (Movimiento Antivacunación).

De esta forma, las personas a las que se fue entrevistando no se identificaban como parte de un grupo o movimiento organizado, sino que cada una generaba sus cuestionamientos críticos respecto a las vacunas desde “posturas” distintas y apelando a razones que también eran diferentes. Así, una característica que cabe destacar desde un inicio es que no estamos frente a un grupo uniforme que pueda ser clasificado con esa etiqueta de “antivacuna”, sino que existe una diversidad entre las madres y padres entrevistados que es central para analizar el fenómeno social de la “antivacunación”.

Sin embargo, podemos señalar algunas características comunes entre los entrevistados para esta investigación. Algo a destacar es su rol parental, ya que este aspecto junto con la búsqueda de personas críticas con la vacunación que vivieran en la Región Metropolitana, fueron los únicos requisitos definidos a priori para realizar las entrevistas. Esta característica es relevante para el análisis porque veremos cómo las vacunas serán permanentemente puestas en relación con aspectos más generales de la

crianza y cuidado de los propios hijos, y donde lo emocional también está presente. Así la evaluación sobre si vacunar o no, es planteada sin esa distancia que pueden tener, por ejemplo, otros actores como los expertos.

Otro aspecto que destaca es que estamos frente a padres y madres que, teniendo en cuenta sus lugares de residencia, calidad de vivienda y, especialmente, por su nivel educativo, podrían definirse como parte de la clase media chilena⁶⁶, aunque de ninguna manera esto agota una caracterización homogénea de este grupo. En general, se trata de personas con un alto nivel educativo. De las 20 personas que participaron en las entrevistas realizadas al grupo de padres⁶⁷, la mitad tiene estudios universitarios completos e incluso de posgrado, 4 personas tienen carreras técnicas completas, 3 son estudiantes universitarios, 1 tiene estudios universitarios incompletos y 2 estudios secundarios completos. Sin embargo, tal como señala Bourdieu, otros tipos de capital como el cultural o el social no se agotan en los estudios formales y esto pudo verse claramente en las conversaciones con estos padres y madres. La forma de articular argumentos complejos, la lectura de artículos científicos, el manejo de idiomas en algunos casos o la mención a viajes no solo de placer sino por búsqueda de información para los tratamientos de sus hijos, no siempre se limitaba a las personas que tenían estudios universitarios completos. Por ejemplo, este es el caso de una madre que aunque no cuenta con estudios universitarios y se autodefine “solo como mamá”, ha participado activamente en el debate sobre el timerosal y ha sido representante internacional de Bioautismo, asistiendo incluso a sesiones internacionales de la OMS en Suiza.

“Cuando yo estuve en enero en Suiza, la señora de la OMS ni se arrugó cuando ella ya había logrado su objetivo que era sacar el Timerosal del tratado, dijo “Nosotros controlamos a 194 ministros de Salud de la región y nosotros nos dedicamos a hacer la recomendación, las estrategias de inmunización y la entrega programática y eso se hace a través de un convenio internacional, y hacer algo aparte lideraría a

⁶⁶ La definición de clase media enfrenta una gran complejidad en Chile, ya que si bien podría hablarse de un estrato que se encuentra entre el grupo socioeconómico más alto y los sectores más populares, esto abarca una amplia gama de diferenciaciones que están cruzadas por variables más clásicas de medición como el nivel de ingreso o el nivel educativo, con otras más complejas de evaluar como etnia o región de origen. Para más información al respecto ver Espinoza y Barozet (2008).

⁶⁷ Como se explica en el apartado metodológico se realizaron 14 entrevistas pero en algunas participaron más de una persona, como sus parejas o en dos casos hermanas que vivían juntas con sus respectivos hijos.

confusión”. Es decir, nuestros niños están condenados por mucho que nuestro país tenga el dinero para adquirir la vacuna sin mercurio, estamos geográficamente condenados ¿Por qué? Porque nuestras autoridades de salud se dejó vencer a las presiones de la OMS. [...] Mira, esto lo hizo la Dra. Janet Kern, te lo puedo mandar esto después, si te interesa. Yo estoy trabajando en la traducción. Estos son todos los estudios hasta el 2013, ya? Desde el minuto que se patentó 1931. Ella encontró 131 estudios, no resúmenes, solo biológico, epidemiológico, población expuesta y en modelos animales. Biológico significa células expuestas. Modelos animales: monitos, ratas, hasta en los seres humanos. Y epidemiológico: población expuesta. Y ella encuentra, me acaba de mandar un mail ella, “ya tengo 132”. En el año 2013 solamente ya hay tres publicados, porque hay uno más publicado”.(EP2, ext.30-31, María Eugenia, madre de un niño con autismo).

Como vemos con esta madre, que trabaja como auxiliar de vuelo en una empresa internacional, no tener estudios universitarios no ha sido un impedimento para, por ejemplo, animarse a leer estudios especializados o incluso traducirlos. En este caso, otros aspectos nos dan cuenta de que estamos frente a una persona con un amplio capital cultural, como su manejo fluido de idiomas o su capacidad para usar información especializada y utilizar argumentos de gran complejidad, entendiendo el valor simbólico que tiene el uso de un lenguaje técnico para validar su argumentación. También su capital social entra en juego, no solo por la red de relaciones que es capaz de establecer con, por ejemplo, una investigadora internacional, sino también por su forma de “pararse ante el mundo”, de no intimidarse ante una autoridad internacional a quien llama “*señora de la OMS*”, tratándola como a una “igual” y que marca una diferencia de la actitud sumisa que para ella tendrían las autoridades chilenas.

Si bien no todos los padres apoyan sus argumentos con una demostración de este nivel, en general, estamos frente a personas que tienen un alto capital cultural y social, que ponen en juego para tomar decisiones sobre la salud de sus hijos incluso, si están en contra de las recomendaciones de los expertos.

Si bien hemos definido que los padres entrevistados pueden caracterizarse como parte de una “clase media”, en términos solo de ingresos económicos este grupo puede ser

muy variable. Este es un aspecto que interesa resaltar en la medida en que puede afectar marcadamente otras opciones como el lugar de residencia, especialmente en una ciudad muy estratificada socioeconómicamente como lo es Santiago de Chile, impactando directamente en los accesos a servicios o las opciones de sistemas de salud (públicos o privados), temas que como veremos en el análisis son también dispositivos importantes para la producción de discursos y estrategias de los padres y madres. Y es que las diferencias de recursos económicos entre los entrevistados también es un dato relevante, especialmente, a la hora de utilizar estrategias de cuidado de la salud o como veremos en el análisis, de esquivar la obligatoriedad de la vacunación y los controles del Estado.

Las razones que tienen los padres para cuestionar las vacunas son diferentes y marcan también líneas discursivas, prácticas o estrategias que dan cuenta de la diversidad que mencionábamos anteriormente. Una primera diferenciación importante en estas líneas es la que se da entre los padres “afectados”, que culpan a las vacunas de los problemas de salud de sus hijos y quienes, teniendo a sus hijos saludables, la vinculan con un riesgo, es decir, con una probabilidad de daño futuro. El reclamo de los padres afectados se centra principalmente en la seguridad de las vacunas, en la compensación que esperan por parte del Estado y en el reconocimiento de su situación, mientras que los discursos de los padres no afectados están más atravesados por la incertidumbre y por la falta de fuentes que les inspiren confianza.

“Nosotros buscamos información, y no encontramos ninguna que pudiésemos leer nosotros claramente y que nos dijera: esta es la incidencia real y esto está comprobado que ocurra a largo plazo. Porque mi conflicto con las vacunas no tiene que ver con el corto plazo y la prevención de las enfermedades y digamos, tampoco le restamos el valor en la historia de los humanos, o sea de la humanidad entera, han sido efectivas para controlar epidemias y evitar muertes masivas de niños y de personas más grandes también. Pero hoy por hoy... ¿quién nos puede decir con claridad qué compuesto traen las vacuna?, De verdad, ¿qué incidencia tiene pa'l futuro? Yo no lo sé y frente a la duda prefiero abstenerme o no sé, consultarlo con alguien que realmente me dé una respuesta satisfactoria, que me diga: trae esto, esto y esto y no tiene incidencia o si tienen. Así que mejor no hacerlo. (EP13, ext. 2, Eva).

Otra diferenciación se establece entre quienes cuestionan aspectos específicos de algunas vacunas, como las dudas respecto a un componente como el timerosal o que la vacuna del Papiloma Humano sea aplicada a niñas en edad escolar, y quienes cuestionan las vacunas como parte de una crítica más general, por ejemplo, a un sistema socioeconómico, a una forma de vida o a una manera de entender la salud y la enfermedad con la que no se identifican. En esta línea se encuentran aquellos padres y madres entrevistados que ponen el acento en sus “estilos de vida”, los que están asociados a determinadas visiones de mundo más generales. Por ejemplo, algunos de los entrevistados se definen a partir de una visión más espiritual de la vida y de una serie de opciones respecto a sus comportamientos cotidianos a los que les asignan una fuerte connotación valórica como la alimentación, el tipo de trabajo o los lugares donde se habita. Así, algunos entrevistados optan por vivir en zonas semirurales porque esto les permite estar más “en contacto con la naturaleza”, cultivar gran parte de sus alimentos, utilizar hierbas como remedios caseros o tener partos naturales en casa. En cambio otros padres que también buscan desarrollar esos diferentes estilos de vida lo hacen en un entorno urbano, poniendo en práctica solo algunas de estas opciones, de acuerdo a sus posibilidades. En ambos casos estos estilos de vida son presentados como contrapuestos a otros a los que les asignan un carácter negativo, utilizando dicotomías como natural/artificial, espiritual/material, conciencia/enajenación.

“llega un momento que tú no puedes sostener un estilo de vida que no está acorde a tus principios espirituales entonces ahí se crea lo que se dice una disonancia, no puedes funcionar en el mundo de la materia, como que siempre ir detrás de las lucas⁶⁸, como que someterse a una rutina de trabajo contratado, cumplir horarios [...] entonces empezamos a soñar de tener una tierra, una casita, ser nuestros propios jefes y realmente poder trabajar en lo que a nosotros nos gusta que es el yoga y difundir nuestros conocimientos, claro, tenemos mucho conocimiento, porque ahora el conocimiento está a un clic pero llevarlo a la práctica es otra cosa. Claro, me tuve que pegar toda la vuelta de trabajar, de estudiar, de meterse en el mundo de la ilusión que le decimos, y el éxito para darse cuenta que no es para mí. Porque las otras personas, uno no es nadie para juzgar a las otras personas, porque si alguien quiere

⁶⁸ Expresión chilena que hace referencia al dinero

estudiar ingeniería comercial y quiere ser un millonario, también está bien... pero para mí la vida tiene otro valor, que es eso, entregar lo que tú sabes, tener tu tierrita, tener calidad de vida, pero calidad de vida para mí es esto: aire puro. Puedo vivir en una casa de material liviano, en unas piezas como tú ves, pero tengo aire puro, que eso no lo compro, tengo tierra, tengo un pedacito de tierra...aquí tenemos una vertiente, la tenemos aquí, vivir con otros hermanos que no son tus hermanos y hacer familia (EP8, ext.1, Carlos, padre de una niña sin vacunar).

Vemos que bajo su idea de “estilo de vida” este padre articula toda una visión sobre la sociedad y del lugar que él desea ocupar en ella, valorando ciertos elementos por sobre otros. Destaca aquí la idea de proceso transformador, de un camino recorrido que lo lleva a alcanzar este estilo de vida. Un idea parecida la encontramos en el argumento de una madre que vive en la ciudad, pero que también fue cambiando su estilo de vida para que sea más acorde a cosas que ella “sentía”, a lo largo de la entrevista va comentando cómo poco a poco fue acercándose a esas opciones y las dificultades que fue enfrentando. Por ejemplo, cuando comenta las recomendaciones de un doctor de “medicina biológica”, en sus primeras incursiones a esta “medicina alternativa”.

A mí me hizo sentido el diagnóstico pero me pareció súper difícil el camino, porque este doctor de entrada me dijo: "quítale esto, quítale la leche, quítale aquí, quítale de allá" y yo venía de una historia de vida con todo eso súper incorporado, pero igual algo me hacía sentido, yo igual desde chica yo siempre he sido así súper reticente a los remedios.. es una cosa así... (se ríe) de sensación. Entre medio, yo soy socióloga pero me encanta la astrología (se ríe), todas esas cosas... entonces yo sé que soy virgo (se ríe) el tema de ser virgo también tiene que ver que uno se relaciona con el mundo a través del cuerpo, entonces de verdad... siempre el tema de la sanidad del cuerpo, de alimentarse, de ejercitarse, siempre fue como una constante como algo, como una necesidad...de hecho muchos años fumé, desde que estaba en la universidad hasta que me quería embarazar del Tomás, pero siempre sentía que era algo que me interfería "N", cachái⁶⁹? o sea, y fue súper liberador dejar de fumar,

⁶⁹ Expresión chilena que se puede traducir como “entiendes”

de hecho eso me hizo ver muchas cosas que... dejé de fumar y a raíz de eso se vino la crisis de mi matrimonio, pero tenía que ver con que había cosas que las dejaba pasar, o sea fue como "enrielarle" en la sanidad del cuerpo, camino para la sanidad de la mente". (EP5, Macarena, madre de dos niños con distintos esquemas de vacunación)

Como vemos, en este caso el argumento también apunta a que el “estilo de vida” es producto de un esfuerzo consciente, es una construcción que exige ciertos sacrificios pero que tiene su recompensa en una vida más sana y “auténtica”, ya que hay mayor coherencia entre la subjetividad individual y sus prácticas cotidianas. Esta forma de entender el “estilo de vida” como una totalidad coherente tiene una consecuencia directa en la manera que estos padres y madres afrontan el tema de las vacunas porque estas son vistas como expresiones de un estilo de vida diferente, precisamente del que se está renegando.

Si bien estas diferencias que hemos identificado y que con fines analíticos se pueden volcar en ciertas líneas discursivas, como veremos en el análisis de las entrevistas, no se trata de estados “puros”, ya que los padres van combinando argumentos, prácticas o estrategias de acuerdo sus posibilidades o a partir de situaciones que puedan terminar generando contradicciones. Así, en apariencia, puede parecer contradictoria la postura de una madre entrevistada que no está en contra de las vacunas y que incluso valora su función social, pero ha decidido no vacunar más a su hijo por lo que considera una “mala experiencia”.

Entrevistadora: ¿Y si te hubieran dicho lo de la reacción adversa igual lo habrías vacunado?

Alejandra: yo creo que con la conciencia social que tengo igual lo hubiese vacunado. Ahora, yo sé que yo me aprovecho de la buena fe de todo el mundo, por ejemplo, yo no vacuno a mi hijo contra la influenza porque todos los compañeros de curso están vacunados. Yo entiendo que como Política Pública no puedes decir que no pueden vacunarse y no deberían dejar de vacunarse los niños, ahora en lo particular, después de la experiencia que yo tuve, si puedo no lo vacuno. Si no me obligan, no lo vacuno

-Entrevistadora: Uno de los argumentos que circula es que los padres que no vacunan no están siendo solidarios con el resto...

Alejandra: Y yo sé que no soy solidaria, y yo sé que me aprovecho de la solidaridad del otro, yo lo sé, pero es mi hijo y no lo voy a vacunar... porque ya tuve la experiencia. Yo siento que a lo mejor los otros cien millones de niños que se han vacunado no han tenido problemas se han beneficiado de eso, pero si tú llegas a tener la sospecha clara que tu hijo puede ser uno de los que se afecta con la vacuna, no lo expongo po... y lo siento mucho por los demás pero también sé que de lo que lo vacuno no es grave porque todos los demás en su entorno están vacunados” (EP. Alejandra, madre de un niño con problemas de lenguaje).

De esta forma, vemos la complejidad de los argumentos y cómo en una misma cita pueden aparecer aparentes contradicciones como las de esta madre que se considera a sí misma como una persona con “conciencia social”, pero a la vez es consciente que con su estrategia de “no vacunación” no está siendo solidaria con el resto.

En cuanto a los expertos entrevistados, si bien ningún profesional de la salud señaló estar en contra de la vacunación y en general promueven enfáticamente su uso, las diferencias a la hora de entender la medicina en general y su rol en este campo en particular, así como sus perspectivas médicas, las especialidades o los cargos van generando una diversidad de discursos, prácticas y estrategias a la hora de enfrentar las controversias y a quienes cuestionan la vacunación.

Algunas diferencias son difíciles de establecer claramente, como por ejemplo la que podría existir entre quienes trabajan en el sector público o el privado, ya que muchos de los profesionales entrevistados trabajan en ambos sectores simultáneamente o lo han hecho a lo largo de su trayectoria. Sin embargo, existen otras que es interesante desplegar para el posterior análisis que haremos sobre el debate de las vacunas.

Una primera diferenciación que podemos establecer entre los expertos entrevistados se da entre quienes tienen cargos de responsabilidad asociados a las políticas de inmunización y de salud pública, como por ejemplo, jefes del ministerio de Salud o asesores del CAVEI, y los profesionales de la salud que ejercen en contacto directo con los pacientes, ya sea en hospitales, clínicas, consultorios, vacunatorios o consultas

médicas privadas. En el primer grupo predomina un discurso vinculado a la salud pública y por lo tanto, a pensar en la salud y bienestar a nivel poblacional, con argumentos asociados a la “inmunidad de rebaño”, las tasas de vacunación, el uso de estadísticas y probabilidades.

“El tema de una cobertura en vacunación es muy importante, o sea, no es indiferente que uno tenga una cobertura de un 99% o una cobertura de un 70% ¿Por qué? Porque la vacuna además de proteger al individuo que se la coloca, protege al grupo de individuos. Eso se llama inmunidad de rebaño. O sea, cuando yo tengo aquí puras personas que están susceptibles de estar enfermas, la probabilidad de enfermarse es bastante alta, pero si yo tengo una persona no vacunada que es susceptible de enfermarse pero la tengo rodeada de pura gente vacunada la cantidad de microorganismos a los cuales ellas va a estar expuesta disminuye, la probabilidad disminuye, por lo tanto, esa persona queda protegida. Pero está protegida no porque él solo se protege, no, no, no, porque el rebaño lo está protegiendo. Eso se llama inmunidad de rebaño. Por eso es muy importante para nosotros mantener coberturas porque tenemos que asegurar la inmunidad de rebaño. Porque si no estoy solamente protegiendo a los individuos vacunados, pero no estoy protegiendo... o sea, no estoy impactando por ejemplo en la diseminación de una infección definida, etcétera” (EE4, ext.3, Soledad N, jefa del Ministerio de Salud).

En el caso de los profesionales que están en contacto directo con el paciente, no es que los argumentos de salud pública estén del todo ausentes, pero el planteo en torno a los beneficios de la vacuna y especialmente de los riesgos de no vacunar son planteados en forma más concreta y apelando a convencerlos de acuerdo a sus formas de entender la relación con los pacientes y sus posturas. Así señala un enfermero jefe de un consultorio público cómo él conversa con las madres sobre el riesgo de no vacunar:

"Yo les digo a las mamás, a ver yo me pongo en este plano: "a ver señora si usted no le pone la polio y a su hijo le puede dar poliomielitis a los 4 años significa que no va a poder caminar, si usted se quiere hacer cargo de esto hágase cargo pero yo no. Yo le digo que se ponga la

vacuna, si usted se puede hacer cargo del remordimiento y del cargo de conciencia que a su hijo le puede dar poliomielitis y que va a quedar con muletas toda la vida, si usted puede hacerse cargo bien... pero yo no. Y se lo planteo de esa forma, muy honesto." (EE10, ext. 10, Álvaro E. enfermero jefe).

Un médico con una trayectoria en atención primaria, comenta cómo enfrenta los cuestionamientos sobre vacunas, poniendo el ejemplo de un caso en su consulta privada.

En el caso que te mencionaba que ella tenía un hijo de una año y que estaba dudando de ponerle la vacuna del sarampión. Le mencioné que a mi juicio la mejor vacunación o mejor inmunidad era el cariño, el afecto, la buena nutrición o las condiciones sociales que tuviese... o condiciones materiales que tuviese en su casa y por tanto, podría abstenerse de vacunar a su hijo, pero su hijo está relacionado con otras personas, por tanto, el vacunar o no vacunar a su hijo más que un compromiso con su hijo era un compromiso con el resto de la sociedad. Y ahí... yo creo que a ella le hizo sentido. Que el tema de la vacunación no era un tema personal, individual de decisión de las personas sino que tenía que ver con una suerte de responsabilidad social que ella asumía con esta idea. Pero como te digo ¿cómo enfrente la discusión? en primer lugar acoger lo razonable que hay en los cuestionamientos y llevarlos en mi opinión a un terreno más técnico que son con principio de la salud pública en torno a las inmunizaciones, que más que el efecto sobre las personas en particular es el efecto sobre las comunidades. (Juan Luis V., médico de consulta privada).

Estas citas también nos permiten introducir otra importante diferenciación que responde a una definición a priori, que fue la de entrevistar a distintos “tipos” de profesionales que cumplieran roles relevantes en el ámbito de las inmunizaciones. Así, a grandes rasgos, encontramos médicos que atienden directamente a los pacientes y que son los encargados de “recetar” o “escribir la “orden” para la vacunación. Este punto es relevante porque sin ella, por ejemplo, los padres no pueden ir directamente a comprar o colocar una vacuna como la que no contiene timerosal. También encontramos entre los entrevistados enfermeros y técnicos enfermeros (TENS) que generalmente son quienes

están al frente de los vacunatorios y quienes colocan directamente las vacunas a los pacientes. El Programa de Inmunizaciones descansa en gran medida en estos profesionales, tanto por su contacto directo con los pacientes como por las labores de administración. Aunque estos profesionales señalan que cuando los padres y madres llegan hasta ellos es porque ya hay una decisión previa de vacunar y que “el problema” son quienes no acuden, ellos cumplen una labor relevante a la hora de responder dudas y también forman parte importante de esa “experiencia de vacunación”.

Las especialidades médicas también son fundamentales para entender desde qué lugar hablan los expertos entrevistados, no solo por las diferencias que pueda haber entre, por ejemplo, un infectólogo (que tiene más afinidad con el tema las vacunaciones) y un médico general, sino porque algunas especialidades también implican una forma determinada de entender la medicina y el rol de los médicos. Un ejemplo es el de la especialidad de la medicina familiar que apuesta por atender a las personas de manera integral y en sus contextos. Así explica una médica familiar que trabaja en un consultorio público la forma de entender la medicina desde esta perspectiva, quien ante la pregunta por su opinión sobre la crítica que existe ante la falta de una “mirada integral” de la medicina actual, responde:

“Es una crítica que en el mundo de la medicina tenemos que remirar, tomar y revisar qué estamos haciendo o qué no estamos haciendo que las personas para que la gente a la que se supone que tenemos que servir no nos está creyendo. Y en ese sentido la... precisamente la medicina familiar trata, su apuesta es esa: retomar esa mirada, desde esa necesidad. Precisamente la medicina familiar nace de... cómo decirlo, de una decisión, de una exigencia de sociedades como la canadiense, en que ellos se empoderan y dicen “Sabes qué señores doctores, córtela con revisarnos uno el corazón, el otro el brazo, el otro el ojo (que también es necesario). Necesitamos un fulanos que nos vean lo más que se pueda, con tiempo, y que nos conozca, que nos vea integralmente”. Allí todo este movimiento social que influye en la creación de esta especialidad que es la medicina familiar, que se difunde en todo el mundo y por eso estamos acá, hace un tiempo con esa especialidad que pretende tener esa mirada...” (EE9, ext.7, Claudia O., médica de consultorio público).

El tipo de reflexiones de esta cita sobre el hacer médico y la forma de entender la medicina aparece más comúnmente entre los médicos familiares entrevistados. En otras especialidades, como por ejemplo, los infectólogos entrevistados o también quienes se dedican a la investigación, se hace más referencia al enfoque de la “medicina basada en evidencia”. Esta perspectiva que ha alcanzado cierto auge desde la década de 1990, apunta a que las decisiones de los profesionales de la salud, incluso en la atención clínica a los pacientes, debe basarse en la mejor “evidencia científica” disponible y no solo en la “experiencia” que era lo propio de la medicina “clásica” (Letelier y Moore, 2003). Se llama así a los médicos a buscar esa evidencia, generalmente generada mediante meta-análisis de ensayos clínicos y controlados. Este enfoque se puede apreciar, por ejemplo, en la explicación que da un pediatra infectólogo e investigador respecto a la postura de un grupo pequeño de investigadores que apoya la asociación timerosal-autismo:

“Yo diría que nada, nada en medicina tiene una mirada única. Nada, lo que pasa es que uno... lo que hacemos o estamos permanentemente haciendo es evaluando la calidad de la evidencia para tomar posturas. Ehh... y en estos temas del Timerosal como en muchos otros hay grupos pequeños que tienen su visión basados en algunas investigaciones y hacen extrapolación de esas investigaciones para tratar de llegar a mecanismos que explican la postura que parte de una cosa más o menos ideológica: mercurio causa alteraciones neurológicas, vacuna tiene una forma de mercurio, mi niño recibió la vacuna, tuvo alteración neurológica. Ahí está el link. Y empezamos a buscar todos los elementos para hacer el link. Y hay un grupo con su entrecomillas expertos y tiende a ser un grupo reducido de personas que tiende a repetirse si uno ve y además muchos muy cuestionables a nivel de la comunidad científica internacional. De los grupos digamos ya... de evaluadores internacionales con más prestigio en EEUU y Europa, este pequeño grupo de investigadores entrecomillas expertos que avalen esta postura están entre desacreditados o sus trabajos se encuentran que no van a probar una relación. Y eso ya ha sido visto así por paneles de expertos de EEUU que han cambiado su postura inicial. Entonces nosotros lo que hacemos en la academia es ir mirando la evidencia, la evaluamos y

llegamos a nuestras convicciones basados en el peso de la evidencia”.
(EE2, ext, Víctor P., pediatra infectólogo e investigador sobre vacunas).

Una doctora que además es jefa de un Departamento del ministerio de Salud, explica los cambios que ha habido sobre el timerosal según la evidencia disponible:

“Todo esto va teniendo un ciclo y va generándose información científica a través del tiempo. Cuando aparece un tema, tú cuando no tienes toda la información y no se ha generado todos los estudios tienes que estar como alerta. Entonces cuando no tienes una evidencia convincente que te dice “Señores esto no, por tal y tal y tal razón”. Tú puedes decir “aún falta estudio, aún falta análisis” y a veces uno puede decir el principio precautorio, en el sentido de dado que no tengo toda la información y pudiera existir algún riesgo mejor no lo hago. Esa es la parte. Pero eso hoy día ya no exis... ya no es así. Nosotros ya lo pasamos ya. Porque todos esos alertas o warning que existían, después muchas organizaciones internacionales se pusieron a estudiar esto y la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana, digamos, de Pediatría, etcétera, y de inmunizaciones... todas organizaciones tremendamente serias se empezó a hacer un análisis crítico de la literatura permanente y se fue generando literatura, se hicieron todos los estudios epidemiológicos hasta que demostraron que no es verdad, que no es cierto. [...] Tú cuando tienes un problema no puedes abanderizarte, tú tienes que ser objetivo. Cuál es la evidencia que tengo? Hoy día la evidencia no me permite decir con certeza, no quiere decir que sí, que puede ser. No. Hoy día no me permite decirlo con certeza, eso es todo lo que dice. Pero después cuando se genera más evidencia tú vas analizando y al final dices no, la verdad no hay relación con el autismo. Eso ya se probó. Está más que probado. Pero ellos se quedaron en esta parte de acá atrás. (EE4, ext.19, Soledad, jefa de Departamento del Ministerio de Salud).

El enfoque de la medicina basada en evidencia tiene también sus detractores y es objeto de diversas críticas, especialmente por su excesivo énfasis en la evidencia científica en detrimento de otros aspectos que han sido relevantes en la práctica clínica como la

experiencia profesional (Letelier y Moore, 2003). Este debate también se traslada a nuestros entrevistados, ya que algunos no comparten el enfoque de la “medicina basada en evidencias”, dando cuenta de otras miradas, que también coinciden con visiones más críticas del hacer médico. Así plantea su mirada sobre el enfoque de la “medicina basada en evidencias” un médico familiar.

Claudia: Solemos pensar los médicos que nuestro conocimiento es un conocimiento apodíptico. Apodíptico es el conocimiento de la matemáticas: el cateto no sé qué es igual a la suma de bla, bla, bla... y eso es así en Rusia y Japón, la pirámide donde la hagas... y eso es así aquí y en la Conchinchina... pero el conocimiento de la medicina es empírico. Lo que es bueno en Rusia puede que no sea bueno en Chile o lo que tú haces en Japón no te va a resultar exactamente, por más que lo repliques igual, con los recursos, con todo en otro país, porque la gente es distinta, cree, hace distinto, porque es un ser humano el que lo hace y todos somos diversos. Pero nosotros hemos creído que nuestro conocimiento no es empírico, no es contextual, sino que es como la suma del cateto... y ya cuando te metes con las personas concretos, con familias, ahí es otro mundo, ahí sí que la individualidad es... cosas que dices "ah, esto es un factor de riesgo aquí", pero eso, en otro lado puede ser un factor protector. Entonces, tienes que aprender a caminar en la incertidumbre, y ahí te pasas ya al conocimiento heurístico, ahí, en el hacer, en ese lugar, con ese fulano y no hay un conocimiento previo, exacto, y no te queda más que con todo lo que tú tienen en la cabeza, éticamente...

Entrevistadora: ¿Este es un poco el debate con la medicina basada en evidencias?

Claudia: Exacto, mira, yo analicé esto de los tipos de conocimientos porque estudié bioética, pero yo misma decía ¿pero si es medicina basada en evidencia? pero cuando tomo conciencia de que hay conocimiento apodíptico, empírico y heurístico... recién me doy cuenta de que claro, nosotros lo vivimos como que lo que hacemos nosotros es un conocimiento apodíptico... pero si el mundo médico no hace esa

reflexión, se queda en "momento, si yo estoy haciendo medicina basada en evidencia". Sí, la evidencia que encontraron x fulanos, en ese contexto.(EE9, ext. 10, Claudia, médica familiar).

Estos debates nos dan cuenta de la diversidad de miradas que hay dentro de la práctica médica y tal como veremos en el análisis de las entrevistas, estas “visiones de mundo” respecto a la medicina, también se traducen en formas distintas de enfrentar los cuestionamientos de los ciudadanos como, por ejemplo, el de no vacunar a los hijos.

Las tensiones de la gubernamentalidad neoliberal

“En esa carta nosotros pedimos los prospectos y los certificados de inocuidad al Ministerio y no nos respondieron... porque no hay. Hasta donde yo sé, las vacunas no se venden con un certificado de inocuidad. Ese es el tema, entonces no hay cómo probarlo. A partir de ahí, haciendo uso de la garantía constitucional de tener a las personas libres de contaminación y de cosas nocivas, nosotros dijimos bueno... ‘si Ud. Señor Estado no me garantiza que esto es inocuo’, entonces yo me abstengo”. (E6- Andrés, padre que no ha vacunado a su hija)

La idea de que la ciudadanía chilena ha cambiado, “está empoderada”, cuestiona y exige más, es un tema que aparece recurrentemente en las entrevistas y que está como telón de fondo en la discusión sobre vacunas. Sin embargo, este cambio no puede analizarse sin tener en cuenta que han sido las mismas políticas impulsadas por el Estado las que, en parte, han propiciado este “empoderamiento”.

En el capítulo anterior hemos analizado cómo una serie de políticas públicas, estrategias de salud, leyes, programas interministeriales y campañas de comunicación apuntan a “empoderar” al ciudadano y lograr “mayor participación” para que las personas cambien de hábitos, se informen para decidir, elijan estilos de vida saludable y se responsabilicen de su salud.

La participación ciudadana y el ejercicio de derechos, tanto en Chile como en la experiencia internacional, constituyen un eje esencial de la gobernanza y gobernabilidad de los sistemas de salud, y forma parte de la mayoría de las reformas implementadas en las últimas décadas (Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 282).

Así, la Estrategia Nacional de Salud para la década 2010-2020 comienza con un mensaje que interpela a los ciudadanos de la siguiente manera: *“No hay mejor médico que uno mismo”* o el programa interministerial “Elige vivir sano” busca que las personas adopten hábitos saludables a partir de sus propias decisiones. Sin embargo, no se trata solo de mensajes o eslóganes, sino que también se han creado los mecanismos para que este ciudadano “empoderado” exija sus derechos, incluso a través de demandas judiciales, tal como lo contemplan la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) o la ley de Derechos y Deberes de los Pacientes. Este “empoderamiento” desde el Estado es un tema que aparece en algunas entrevistas de los expertos, especialmente de aquellos que tienen cargos de responsabilidad a nivel ministerial.

“Hay más información, y además el país también ha cambiado porque ha empoderado al ciudadano, o sea, se le dice claramente: existen las garantías explícitas en salud y usted puede incluso hacerle un juicio al Estado si no se le cumple. Que lo haga, que no lo haga eso es otra historia pero eso significa que el Estado ha tenido que poner esfuerzos importantes, en fijarse bien en las listas de espera, en resolver en la medida en que pueda también los problemas” (EE4-Jefa MINSAL).

Ya hemos señalado que la eficacia de la gubernamentalidad neoliberal, lo que la diferenciaría de modelos anteriores, se basa no solo en gobernar “desde afuera” o “desde arriba”, sino “desde adentro”, es decir, se apoya en la autorregulación de los sujetos para gobernarse a sí mismos. Así, más que influir directamente sobre los individuos, esta gubernamentalidad busca generar las condiciones para que las mismas personas compitan en busca de los “premios” económicos, sociales o simbólicos que ofrece la sociedad neoliberal. En este punto el fomento de la autorregulación en todos los ámbitos ha sido fundamental.

El sujeto flexible, emprendedor y responsable que puede adaptarse a condiciones “competitivas” y “exigentes”, es decir, inciertas y precarias, pasa a ser el modelo a seguir o a premiar. Quien no se adapta es porque no tomó las decisiones correctas, es decir, se responsabiliza a los individuos de su propia situación. Foucault (2009) acuñó la noción del “empresario de sí” para dar cuenta de este sujeto propio de la sociedad neoliberal, un sujeto que debe estar permanentemente administrándose para revalorizar su propio capital, que es él mismo, y así permanecer competitivo. De esta forma, la persona desempleada o sin proyección laboral será el resultado de una mala administración de sí misma, de no haberse informado para tomar las decisiones correctas, no haber calculado bien los riesgos o simplemente no haber invertido el tiempo o el dinero suficiente en su formación, su cuerpo o su carrera. La libertad para decidir es el marco de funcionamiento, aunque en realidad se trate de una libertad vinculada a la capacidad de pago.

Como hemos visto, en el ámbito de la salud esto se ha traducido en una responsabilización asociada a las elecciones personales y vinculadas a los estilos de vida. El estado de salud del ciudadano responsable será el resultado de las decisiones personales sobre alimentación, actividad física, hábitos y autocuidado permanente, dejándose de lado los análisis más estructurales como, por ejemplo, la forma en que las desigualdades económicas y sociales influyen en la salud de las personas.

Teniendo en cuenta estas definiciones que se mueven en planos teóricos-conceptuales, lo interesante para nuestro análisis es ver cómo las personas encarnan algunas de estas características para “hacerlas suyas” o por el contrario las cuestionan o desarrollan acciones para subvertirlas. Así, en muchas de las entrevistas podemos reconocer el efecto de este “empoderamiento”, de la conciencia sobre la importancia de las decisiones personales en todos los planos o de esa responsabilización de la salud.

Por su parte los expertos, en general, también se refieren al cambio que ha vivido la ciudadanía chilena como un proceso relativamente reciente y que ha afectado las relaciones médico-pacientes, tensionándolas. En general lo describen como proceso de transformación, un tránsito que ha ido de un estado de pasividad, de no cuestionamiento, de aceptación a lo que se le indicaba, a uno en que los ciudadanos han pasado a “exigir”, “cuestionar”, “estar empoderados”. Así lo señala una jefa del Minsal:

“Entonces, la gente era mucho más pasiva, mucho más resignada. Recibían lo que tú le dabas y eran como bastante... Hoy día el ciudadano exige, hoy día el ciudadano cambió su óptica y siente que tiene derechos” (EE4-Soledad N., Jefa- MINSAL).

Otro experto, investigador y miembro del CAVEI, pone en relación directa el tema del cambio de la ciudadanía con el cuestionamiento a las vacunas:

“mi percepción y avalado por la conversación con los expertos en el área, Chile es un país donde ha habido bastante buen desarrollo y cultura en torno... receptividad de la población a las vacunas. No ha habido cuestionamientos en general. Basado también en que la gente ha recibido siempre las... históricamente ha recibido las atenciones en salud gubernamental como... sin cuestionarla. Yo diría ... está toda la cultura del desarrollo del Servicio Nacional de Salud chileno, se ve como un bien y la gente creo lo percibe así, con críticas, que funcione mal o peor pero no se tiende a cuestionar lo que la autoridad, no se ha tendido a cuestionar lo que la autoridad ofrece, en forma positiva, a veces en forma negativa de que no es suficiente pero no a lo que ofrece. Eso ha tendido a ir modificándose yo diría de un tiempo a esta parte. Si tuviera que pensar probablemente en estos últimos 5 años, 10 también. Probablemente asociado a un aumento de... de la expresión popular y que las personas quieren tener mayor control sobre lo que reciben y lo que hacen” (EE2- Víctor P. Miembro del CAVEI).

Si bien en su mayoría los expertos señalan valorar positivamente este cambio de la ciudadanía, durante las entrevistas surgen diversas formas de manifestar las tensiones que derivan de esta transformación, especialmente cuando se traducen en cuestionamientos a la figura del médico y de su *expertise*.

“...ha sido muy paternalista la postura del médico chileno durante mucho tiempo. Y hoy en día eso nos está jugando un poco en contra porque la gente no acepta así cualquier cosa y eso está bien, exige que el médico explique más. Tienen que convencer un poco más a los pacientes. Eso es bueno pero cuando la desconfianza es muy grande y la gente parte con un "aviso" de desconfianza del médico eso está mal. Lo ideal sería

que la gente exigiera que le explicaran pero con una base de que están confiando de quien están recibiendo la información y estén pidiendo mayor información y el médico esté llano a dar más información y no reacio o que esté siendo cuestionado o se sienta cuestionado por los pacientes cuando le están pidiendo más información” (EE2- Víctor P., Miembro del CAVEI).

De esta forma, vemos que claramente estamos frente a una serie de tensiones que derivan de los cambios propiciados en el marco de la gubernamentalidad neoliberal. A continuación nos centraremos en el análisis de tres tensiones de esta gubernamentalidad neoliberal que se expresan en las controversias sobre vacunas. En primer lugar analizaremos una dimensión más política, que se despliega en la tensión entre la ley de vacunación obligatoria y el derecho a decidir, que es el marco de funcionamiento propio de la racionalidad neoliberal. En segundo lugar, una dimensión médica, que se expresa en la tensión entre el rol de los médicos y la autogestión de la propia salud a la que ha apelado en desde diversas políticas, programas o campañas. Y por último, el análisis se centrará en la dimensión comunicacional, especialmente en la tensión entre el “modelo del déficit” desde el que operan en gran medida los expertos y el sentido de deber y responsabilidad de los padres de informarse para tomar las decisiones más adecuadas para gestionar la salud en general y decisiones específicas como la de vacunar o no vacunar a sus hijos.

La obligatoriedad de la vacunación y el derecho a decidir

“Por un lado dónde está mi libertad, y por otro, dónde está la obligación de la salud pública (...) O sea, también está el derecho de la ciudadanía a estar protegida de personas que están contagiando” (EE4-12, Soledad N., jefa del Ministerio de Salud).

En Chile las vacunas que forman parte del calendario nacional de vacunaciones son obligatorias por ley y quienes la incumplan pueden enfrentarse a una demanda. Serán los jueces los encargados de determinar si se puede obligar o no a los padres a vacunar a los hijos, incluso recurriendo a la fuerza pública. Sin embargo, tal como hemos

analizado anteriormente, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes⁷⁰ se presta para interpretaciones jurídicas que no deja zanjada del todo la discusión y que como veremos, en la práctica se presta para excepciones.

La discusión sobre la obligatoriedad de la vacunación es la principal expresión de esa tensión entre los derechos individuales y el bienestar colectivo, que a su vez se enmarca en un debate más amplio sobre los límites y roles del Estado. En nuestra revisión histórica hemos analizado cómo los conflictos generados a raíz de las leyes de vacunación obligatoria han estado presentes en gran parte de la historia de las vacunas y que se han resuelto en cada país de manera diferente, de acuerdo a sus contextos políticos y sociales. Estas tensiones han sido más explícitas cuando han predominado los discursos que exaltan la libertad del individuo, como por ejemplo en los debates enmarcados en el liberalismo de fines del siglo XIX y principios del XX, así como también en los actuales debates desarrollados en el contexto de la gubernamentalidad neoliberal, que como estrategia fomenta las formas de autogobierno. Tal como plantean Laval y Dardot, la racionalidad neoliberal necesita la “ilusión de libertad” para que la autogestión de los individuos sea más efectiva:

Esta lógica consistente en dirigir indirectamente la conducta es el horizonte de las estrategias neoliberales de promoción de la ‘libertad de elegir’. No siempre se aprecia la dimensión normativa que necesariamente les es propia: la ‘libertad de elegir’ se identifica de hecho con la obligación de obedecer a una conducta maximizadora en un marco legal, institucional, reglamentario, arquitectónico, relacional, que debe estar construido, precisamente, para que el individuo elija “con toda libertad” lo que necesita elegir obligatoriamente en su propio interés. (2013, p. 218).

⁷⁰ En su artículo 14 esta ley señala que: “*Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud*”. Sin embargo, quienes defienden la obligatoriedad de la medida se basan en los límites establecidos en el artículo 15 de la misma ley: “*Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario*” (Ley No 20.584, 2012).

En la lógica del autogobierno vemos que el tema de la “libertad de elegir” es fundamental para que las personas tomen las decisiones sobre su salud. Sin embargo, esta apelación a “la libertad de elegir” siempre está en un marco que es construido, gestionado y delimitado en cada sociedad y momento dado, aunque eso no sea siempre percibido. En la sociedad chilena actual, la implementación de las políticas neoliberales levantó el principio de la “libertad de elegir” como un valor fundamental, tal como pudimos ver en la Constitución de 1980, pero en un marco de elección de mercado y limitándola a la capacidad de pago de cada individuo. Sin embargo, la mayoría de las madres y padres entrevistados reclaman la “libertad de elegir” desbordando ese enfoque economicista y utilizando ese mismo argumento para decidir sobre otros aspectos de su vida y las de sus hijos, especialmente en el ámbito de la salud, tal como vemos en caso de las vacunas que estamos analizando. Así se aprecia en la entrevista a Andrés, un padre que no ha colocado ninguna vacuna a su hija y que vive en una zona semirrural en las afueras de Santiago:

“Lo de la obligatoriedad es un tema complicadísimo porque.... nosotros nos hemos dado cuenta durante este período que bueno... no hay "una" forma de salud, no hay "una" alternativa para curar una alergia cutánea o un cáncer o cualquier otra cosa, hay muchas. Entonces, en ese entendido este tema de la obligatoriedad para mí es como un intento más por mantener ahí el poder médico controlando a la población y dictaminando lo que es bueno, lo que es malo, y de qué manera tiene que sanarse la gente o qué mecanismos de prevención tiene que haber, qué se yo... Yo siento que lo ideal sería que el Estado creara las condiciones para que las personas pudieran decidir efectivamente de qué manera.... porque lo ideal sería que las personas pudieran decidir efectivamente de qué manera... porque la salud es un derecho, pero para mí es un derecho en un estado de bienestar de la persona en todas sus dimensiones: emocional, física, corporal, mental, espiritual. Entonces, si tú quieres mantenerte en ese derecho, depende de ti qué quieres buscar para mantenerte en bienestar, que no sea solo paliar con medicamentos y cirugías los desequilibrios corporales o las patologías como quieras llamarlos. Uno debería tener esa garantía y ser libre para decidir sobre la propia salud y decidir de qué manera salvaguardar la salud de mi hija

o mía propia” (Andrés, EP6- ext17, Padre que no ha vacunado a su hija).

El respeto por la libertad de elegir y el rechazo a la obligatoriedad es bastante generalizado por estos padres, ya que es visto como un “exceso”, una “intromisión del Estado” en un ámbito privado que “no le corresponde”. El rol del Estado debería ser el de “*crear las condiciones*” para que las personas pudieran “*decidir sobre la propia salud*”. Tal como hemos visto, estas son justamente las premisas de la gubernamentalidad neoliberal: intervenir para generar ciertas condiciones para que los sujetos elijan “libremente”, solo que un marco determinado y este es un ejemplo de ponen en juego y se reapropian de los conceptos y premisas de este tipo de racionalidad, tomándolos en parte, pero también resignificándolos o resistiéndolos.

Este rechazo a la obligatoriedad se da incluso entre padres y madres que tienen dudas respecto a ciertas vacunas, pero que no niegan el valor de las vacunas en general. Así puede verse en la entrevista a Catalina y Paula, dos hermanas que viven juntas en Santiago, cada cual con su hija y que no se declaran “antivacunas”, pero por las dudas que les ha generado la polémica por el timerosal y en contra de la recomendación de sus médicos que les sugerían el uso de la vacuna “ministerial”, han optado comprar la vacuna privada que no contiene timerosal:

“Paula: A pesar de que es importante vacunarla, uno tiene que tener la posibilidad de elegir si vacunarla o no.

Catalina: Obvio, si es tu hija

Paula: Si todos somos distintos. Yo puedo pensar que si mi hija contagiara a otra persona que está mal y se pusiera más mal y que se muriera sería terrible. O que ella misma se muriera por eso, pero las mamás tienen pensamientos muy distintos. (...)

Catalina: Yo creo que no pueden obligar a vacunar porque está en la libertad de cada persona, están transgrediendo el derecho de elegir para nuestros hijos, para el bienestar. Ya, está bien que el Estado se preocupe de la vacunación y todo, pero más allá... de meterse en el ámbito tan privado que es la crianza del hijo o procurarle el bienestar a un hijo yo

creo que ya se están metiendo en la esfera que no les corresponde”.

(EP10- Ext.13, Catalina y Paula, hermanas y madres de que han vacunado a sus hijas con vacuna sin timerosal)

Así, casi todos los entrevistados están de acuerdo en que el Estado no puede “entrometerse” en las decisiones sobre la salud y crianza de sus hijos, lo que sería responsabilidad de los padres. Sin embargo, en el tema de la obligatoriedad y del rol del Estado se aprecian diferencias y matices, según las razones que tengan los padres para oponerse a la vacunación. Los entrevistados que señalan haber tenido malas experiencias con vacunas y que su oposición no está fundada tanto en visiones críticas más generales, ya sea contra el “sistema” o contra la “medicina tradicional-convencional”⁷¹, no necesariamente niegan el valor de las vacunas y pueden aceptar que el Estado obligue en nombre del bienestar general, pero en este caso exigen que se garanticen vacunas seguras. Su reclamo principal pasa por la calidad de las vacunas y la transparencia en la entrega de información, pero si el Estado no está en condiciones de dar esta garantía no puede obligar. Así puede apreciarse en la entrevista de Miguel, abogado y padre de un niño con autismo:

“A ver si hablamos de obligatoriedad, a mí no me molesta el tema de la obligatoriedad. Al contrario, yo creo que es una muy buena medida, en la medida, valga la redundancia, que las vacunas que te obligan a colocar sean seguras. Nada más, principio de prevención, yo obligo a vacunar porque estoy cumpliendo con la finalidad del bien común que todo Estado tiene que cumplir para con sus ciudadanos, pero ese bien común se cumple en la medida en que yo doy mi vacuna segura y que le doy la seguridad a la población de que la vacuna sea segura para la mejora continua de la ciudadanía y que no van a terminar en problemas. Para mí la obligatoriedad no es el problema siempre y cuando la obligatoriedad se funde en un principio de precaución y en vacunas seguras” (EP4-est.5, Miguel, padre de un niño con autismo).

⁷¹ La mayoría de los entrevistados hablan de “medicina tradicional” o también usan la idea de “medicina convencional” para oponerla a la “medicinas alternativas”, solo en algunos casos también hablan de medicina “alópata”. Para expresar esta idea que hace referencia a la “medicina oficial” utilizaremos la denominación “medicina tradicional-convencional”.

También puede apreciarse esta diferencia en la entrevista a Alejandra, una madre que culpa a las vacunas de los trastornos de lenguaje de su hijo y que ha decidido no vacunarlo más:

- *“Alejandra: Yo lo que creo en el fondo es que por política pública no pueden decir que no se puede vacunar y yo encuentro que la gente debería vacunar a sus hijos, en el sentido de que...en que las sociedades dependen de que la gente vacune a sus hijos porque masivamente enfermedades que estarían erradicadas volverían y eso lo tengo claro. Ahora, lo que yo pienso es que deberían decirle a la gente que uno de cada cien mil niños va a tener una reacción adversa de esa vacuna y dejar de decir que lo que pasa no tiene nada que ver con las vacunas.*

- *Entrevistadora: ¿Y si te hubieran dicho lo de la reacción adversa igual lo habrías vacunado?*

- *Alejandra: Yo creo que con la conciencia social que tengo igual lo hubiese vacunado. Ahora, yo sé que yo me aprovecho de la buena fe de todo el mundo, por ejemplo, yo no vacuno a mi hijo contra la influenza porque todos los compañeros de curso están vacunados. Yo entiendo que como política pública no puedes decir que no pueden vacunarse y no deberían dejar de vacunarse los niños, ahora en lo particular, después de la experiencia que yo tuve, si puedo no lo vacuno. Si no me obligan, no lo vacuno”(EP7- ext 6, Alejandra).*

En estas citas vemos que estos padres tienen visiones distintas respecto al rol del Estado, no niegan su papel de velar por el bienestar colectivo, pero las malas experiencias personales son las que ponen en juego estas visiones e incluso, los colocan en una tensión personal que se expresa incluso como una contradicción entre, por ejemplo, la idea de “conciencia social” y lo que se realiza en la práctica.

Por su parte, en el caso de los profesionales de la salud, a pesar de que el valor de la vacunación no es puesto en duda por ninguno de los entrevistados, la obligatoriedad sí genera cuestionamientos y rechazo entre algunos, pero esto varía considerablemente de acuerdo a su forma de entender su rol, funciones o incluso, visiones más generales. Los expertos que tienen responsabilidades a nivel ministerial o en cargos asesores como los

del CAVEI, que entienden su rol en relación al bienestar de la población, defienden la obligatoriedad como una forma de velar por ese bienestar general:

Yo creo que la obligatoriedad de las vacunas es legítima, claro, por dos razones. Las vacunas habitualmente se ponen en menores de edad. Entonces, el beneficio que se le está dando al menor de edad... es un beneficio comprobado, entonces negarle el beneficio por parte de los padres es una actitud negligente, por así decirlo. Es un principio de cautela (...) Y el otro factor de obligatoriedad es el beneficio para los otros, para el hecho de que si tú no alcanzas una cobertura, no le va a servir a la población porque no todo el mundo que recibe la vacuna ceroconvierte, (...) por eso se producen los brotes, porque se van acumulando el número de personas que a pesar de que fueron inmunizadas no son inmunes a la enfermedad.... (...) y por lo tanto, si yo decido no vacunarme y otras personas más deciden no vacunarse, lo que estoy poniendo en riesgo es no solo a mí sino a otras personas que se vacunaron o no se pudieron vacunar pero que se van a enfermar porque no se alcanza el nivel de cobertura o sea, fracasa el programa de vacunación porque esas personas se niegan. Entonces yo creo que ahí hay un deber de... o sea, siempre va a haber personas que lo van a encontrar discutible porque uno se está como metiendo en el cuerpo de una persona, en la intimidad de una persona... la está afectando, está provocando una reacción para beneficio de otros, pero el beneficio es para la persona también y la persona es un niño (Diego C., Asesor del CAVEI).

Como vemos en esta cita, aunque no es lo general, también se plantea el deber del Estado de velar por el bienestar del menor y en este sentido, esta no sería una tarea que deba quedar solo a criterio de los padres.

Las dudas u objeciones que señalan estos expertos no se refieren a la obligatoriedad en sí, sino respecto a la factibilidad de obligar, o como varios de ellos dicen, “*de tener que ir con los carabineros⁷² a vacunar*”, ante esto plantean la preferencia por “convencer” o “educar” a las personas y a lo sumo, señalan la necesidad de discutir sobre incorporar un

⁷² En Chile se llama “Carabineros” a la policía

sistema de compensación similar al de EEUU, en caso de que se pruebe que la vacuna haya producido un daño grave a una persona.

“Efectivamente, las vacunas tienen efectos adversos que son muy raros pero que por raros que sean, en algunos casos pueden ser importantes. Y por lo tanto, algo que es relevante en la discusión chilena pero difícil de impulsar y que compensaría la obligación legal de una medida como esta que tiene una racionalidad de bien público (...) es la compensación frente efectos adversos serios (...) Ese es un tema que en Chile en algún momento se va a tener que discutir, me parece que es lógico, que es justo que a pesar de la rareza de estos eventos efectivamente, tenga que haber... cuando ocurren, una compensación” (EE6, ext. 6, Francisco N, Jefe del Minsal).

De esta forma, los expertos expresan la disputa entre las lógicas más represivas que pueden estar detrás de la obligatoriedad y su aplicación por la fuerza, y otras lógicas más acordes la gubernamentalidad neoliberal, es decir, de “convencer” a las personas para que ellas mismas hagan suyas ciertas metas que buscan intervenir en la salud de la población.

Sin embargo, entre los profesionales que no tienen cargos de responsabilidad ministerial, sino que están más directamente en contacto con los pacientes, como por ejemplo, el personal médico y de enfermería de los consultorios, sí se encuentran manifestaciones de duda frente a la obligatoriedad o incluso de rechazo. Así puede verse en la entrevista a Álvaro E., enfermero jefe de un consultorio público y Jeannette A., técnica de enfermería del mismo consultorio. Frente a la pregunta sobre si la vacuna debe o no ser obligatoria, comentan:

- “Jeannette: yo creo que no

- Álvaro: Éticamente yo creo que... nnno... me cuesta decirlo eh, me cuesta, es ético... pero no.

- Jeannette: es que uno trabaja en eso.... pero no.

- Álvaro: Porque yo no puedo... estaría censurando, para mí es un tema de censura... [suspira y duda] Es que son dos cosas distintas: una, estoy

vulnerando el derecho de la madre, pero también estoy vulnerando el derecho del niño ¿qué es primero, la gallina o el huevo? Estoy vulnerando por un lado, pero por otro no. Yo creo que no, creo que es difícil llegar a un equilibrio pero que no debería ser obligatoria. De verdad. Ahora, eso no significa que debería haber desde el punto de vista de lo público, de salud... una educación constante, de motivación...” (EE10-Ext.9, Jefe Enfermero y Técnica-Enfermera de Consultorio Público).

En otro caso, una médica que trabaja en un consultorio público plantea:

- Entrevistadora: ¿Y estarías de acuerdo con la obligatoriedad?

- Blanca: No, no estoy de acuerdo, eso depende de cada persona. Estoy de acuerdo con educar a la persona, explicarle por qué son necesarias, de los avances que se han hecho, del riesgo de que se deje de vacunar, que es un riesgo que no solo les va a afectar a ellos, que es un problema de salud pública, pero no, nunca obligarlos” (EE8, ext. Blanca, médica de consultorio público).

Nuevamente vemos aquí el rechazo la lógica “represiva” de en la obligatoriedad y la búsqueda de una vía “encarnadora”, en la que se logre que “desde adentro” los ciudadanos hagan suyo el objetivo de la vacunación. Por otra parte, hay casos en los que los mismos profesionales de la salud no están al tanto de que la vacunación sea obligatoria por ley, lo que da cuenta de la ambigüedad de la información que ha habido sobre el tema. Así puede verse en la entrevista realizada a Blanca V., una médica que frente a la pregunta sobre si está de acuerdo con la obligatoriedad de la vacunación responde:

- “Blanca: No hay obligatoriedad para empezar, tú no puedes... no hay una ley que diga que van a meter presa a la persona si no se vacuna. Siempre es una recomendación de salud. Uno, claro... yo creo que está como en el inconsciente colectivo de las personas que dicen, 'hay que vacunarse porque siempre ha sido así' pero tú no puedes obligar a alguien a vacunar a su hijo.”

El desconocimiento de la médica sobre el carácter obligatorio de la vacunación pone de relieve hasta qué punto hay un extrañamiento con la lógica represiva que puede tener una política de salud y en cambio, se acepta como algo que es parte del “inconsciente colectivo”, con la idea de una práctica naturalizada. La falta de información que había sobre la obligatoriedad refuerza esta idea. Antes de que las controversias sobre las vacunas tuvieran visibilidad pública, incluso cuando en 2012 se comenzaron a buscar los antecedentes para esta investigación, la información sobre la obligatoriedad de la vacunación era ambigua y difícil de encontrar. Esto muestra que el rechazo a la vacunación no era un tema de preocupación, sin embargo, a medida que las controversias fueron cobrando mayor relevancia, el Ministerio fue publicando la información más claramente. En la actualidad, por ejemplo, existe una página web dedicada a la vacunación: vacunas.minsal.cl, en la cual se encuentra una sección con información sobre la obligatoriedad de la vacunación y las leyes que la amparan.

Ante este énfasis en el carácter obligatorio de las vacunas las madres y padres entrevistados desarrollan diversas estrategias para evitar la imposición de estas vacunas. El análisis de estas estrategias da cuenta de cómo se ponen en juego sus distintas posibilidades de acuerdo a sus capitales sociales, económicos y culturales. En algunos casos se opta por la confrontación directa, ya sea frente a los médicos que los atienden como también defendiendo su decisión abiertamente en redes sociales, en los medios de comunicación o incluso en los juzgados. Este es el caso, por ejemplo, de una madre que no solo ha puesto una demanda al Estado chileno por el caso de su hijo con autismo, sino que como vocera de Bioautismo ha sido una de las protagonistas del debate mediático y parlamentario sobre la ley del timerosal. Otros entrevistados utilizan otras estrategias “directas”, como por ejemplo, enviar cartas al Ministerio de Salud para pedir un certificado de inocuidad que, al no existir, pueden utilizar para respaldar su postura en caso de ser demandados.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las estrategias son más “indirectas”, simplemente buscan eludir los controles que se dan principalmente en el ámbito de la salud y la educación pública, por ejemplo, llevando a sus hijos a médicos o jardines infantiles privados que no piden como requisito el certificado de vacunación. En este caso las madres y padres entrevistados son conscientes de que ir al sistema público significa más control por parte del Estado y el riesgo de ser demandados y obligados a

vacunar. Esto puede verse claramente en la entrevista a dos hermanas, Gabriela y Fernanda, que les han colocado solo algunas vacunas a sus respectivos hijos.

Francisca: Yo tuve FONASA un tiempo porque estuve trabajando como garzona⁷³ antes de que naciera mi hijo, ahí tenía FONASA y podía pagar los bonos, pero ahora hace poco me bloquearon por no tener cotizaciones. Ahí tendría que ir a un particular o a un consultorio. Claro, pero ir al consultorio sería tener que ir y tener que ponerle las vacunas y... ahí obligan a un montón de cuestiones, que tengo que ponerle, llevar al niño... que si no lo llevo a todos los controles, ahí critican, juzgan, te vamos a ir a ver a tu casa, te lo vamos a quitar... si son terribles!

Andrea: Yo también he visto casos en la tele de mujeres que reclaman que las van a buscar con los carabineros porque a los niños les faltan las vacunas. No sé... y ahora mucha gente no se vacuna, entonces deberían ir a la casa de todos.

Francisca: Sí, lo que pasa es que cuando uno ya no va al consultorio, yo nunca he ido y tú tampoco, no tienen idea, no tienen cómo saberlo tampoco.

Andrea: Sí mi hijo tuviera aunque sea una vacuna ahí tendrían como saber.

Sin embargo, estos padres y madres son conscientes de que sus recursos no solo económicos, sino también culturales y sociales, son los que les permiten concretar este tipo de estrategias y que en ese sentido tienen una posición privilegiada respecto a otros padres. Esto se puede ver en la entrevista a María Eugenia, madre de un niño con autismo que ha decidido no colocarle ni a él ni a su otra hija más vacunas:

“Es una intervención la vacunación muy fuertemente impulsada, coercitivamente impulsada ¿Por qué? A mí ya no me van a cuestionar porque yo no vacune a mis hijos ¿te das cuenta? Pero a una mamá que necesita leche del consultorio sí la van a cuestionar y no le van a dar la

⁷³ En Chile se les llama garzón o garzona a quienes trabajan como meseros en bares o restaurantes

leche porque su hijo no está vacunado. O no la van a dejar que ingrese el niño al jardín infantil. El jardín infantil es un foco de muchos bichos, tienen razón, pero tú no puedes limitarle o condicionarle la leche cuando una mamá a lo mejor está amamantando o cuando esa mamá se informó y sabe de los efectos colaterales y decide no vacunar por el momento o decide vacunar después en una calendario de vacunación más holgado” (EP2-ext.4, María Eugenia, madre de niño con autismo).

En estos casos los padres y madres pueden eludir la vacunación obligatoria sin mayores tensiones, sin embargo, los problemas se presentan para quienes por razones económicas o, por ejemplo, por ubicación geográfica, tienen que recurrir a los consultorios públicos o ingresar a jardines infantiles públicos o certificados por JUNJI⁷⁴, donde les piden como requisito de ingreso el certificado de vacunación. Así puede verse en la entrevista a Valeria, una madre que aunque en Santiago era usuaria del ISAPRES⁷⁵, al momento de nacer su hija vivía en una zona rural donde su única opción era el consultorio público.

- “Valeria: Para seguir usando el sistema público, necesitas tener las vacunas al día, es súper restrictivo, aquí es así, no puedes elegir si le pones la vacuna o no, simplemente te dejan de atender al hijo o a ti embarazada si no cumples con ese requisito, entonces es complejo igual. Después cuando nació mi hija se contagió de un virus intrahospitalario y quedó hospitalizada varios días, entonces quedó más débil de lo normal y yo no quise vacunas, esa era mi primera opción, pero como te dije, como era el sistema público, obligación. Y me obligaron a hacerlo.

- Entrevistadora: ¿Cómo te obligaron?

- Valeria: Si tú no pones las vacunas ellos te hacen un seguimiento, te llaman por teléfono... (...) ‘Es que si no vienes aquí a las dos semanas siguientes, va una asistente social y te quita al bebé’. Eso se hace acá en Chile, es considerado no como maltrato... es considerado ¿cómo se dice?... abandono. Abandono de menor porque no te estás preocupando de lo básico que para ellos es una vacuna. Y yo no estaba de acuerdo y

⁷⁴ Junta Nacional de Jardines Infantiles

⁷⁵ Tal como vimos anteriormente, las ISAPRES son las empresas privadas que brindan servicios de salud

estiraba, estiraba el chicle para no ir pero cuando ya me dicen que me van a quitar la guagua por no ponerle una vacuna, obviamente vai a ir y hacerlo". (EP14-ext3)

La estrategia de eludir los controles del Estado utilizando el sistema de salud privado es algo que los profesionales de la salud entrevistados, especialmente aquellos que están en contacto directo con el paciente, identifican como uno de los principales problemas a la hora de implementar las políticas de vacunación.

- *"Jeannette: el paciente que se atreve a preguntar acá, directamente acá es fácil, se vacuna, es muy fácil convencerlo.*

- *Álvaro: Claro, el que no pregunta...*

- *Jeannette: ese es el que se pierde porque no tenemos como rescatarlo, sobre todo si son privados, porque acá tenemos el Control Sano, que ahí la enfermera siempre está hablando de lo que es la vacuna... y si no viene a la vacuna tenemos el registro y podemos seguir eso. En cambio el paciente de la privada no tenemos cómo seguir eso y ese paciente se va y nadie se entera que ese niño no estuvo vacunado* (EE10, ext. 10).

La posibilidad de utilizar distintas estrategias para eludir la obligatoriedad de la vacunación pone de relieve un tema central para la gubernamentalidad neoliberal: que las diferentes formas de control que se ejercen sobre la población varían de acuerdo a los recursos y posiciones sociales de los individuos. Esta es una expresión clara del doble juego de las formas de gobierno de las que habla Wacquant en su análisis del neoliberalismo norteamericano: *"El lado suave de las propensiones libertarias que favorecen a la clase alta conduce hacia el lado duro del control autoritario, pues se centra en dirigir, incluso dictar, la conducta de la clase baja"* (2011, p. 14).

En el caso de Chile se comprueba que las redes de control y vigilancia mediante diversas instituciones, políticas públicas o programas de gobierno se hacen más densas en los sectores de menos recursos, que en el caso chileno también son quienes mayoritariamente utilizan los sistemas públicos de salud. Así, el monitoreo que se hace desde los consultorios públicos con programas como el "Control del Niño Sano", que está destinado a los sectores de menos recursos, no tiene un programa equivalente para

quienes se atienden en el sector privado. Y aunque en el tema de las vacunas se hayan implementado sistemas de control más generalizados como el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), que se puso en marcha cuando comenzaron los cuestionamientos en 2010, continúa la pregunta sobre quiénes en la práctica pueden “decidir no vacunar” y lograr excepciones en la aplicación de la ley.

La densidad de la red de control aumenta para los sectores de menos recursos cuando se superponen las intervenciones de otros programas o de ayudas sociales destinadas al mismo grupo social. Los intersticios que deja esta red para que estos padres desarrollen estrategias de “no vacunación” es mínimo y disminuye si además se condicionan ayudas sociales como la entrega de leche⁷⁶ del PNAC o el ingreso a los jardines infantiles públicos. De esta forma, como hemos visto en la entrevistas, en la práctica quienes tienen los recursos necesarios pueden esquivar estos controles enviando a sus hijos a un jardín privado que no pida este requisito de ingreso o atendiéndose en el sector privado de salud. Algo similar sucede en EEUU donde la vacunación es obligatoria y un requisito para entrar en los colegios públicos, pero existe una gran gama de excepciones establecidas por ley que solo pueden utilizar determinados grupos sociales, especialmente quienes pueden pagar abogados, ir a colegios privados o también ciertos sectores religiosos.

Por eso, para estos padres la obligatoriedad de la vacunación no solo es un problema que se refleja en la posibilidad de ser demandados, sino que se enfrentan a diversas barreras que afectan a otras facetas de su vida y que solo pueden franquear quienes tienen determinados recursos, económicos, culturales o sociales. Como hemos visto en las entrevistas, la mayor tensión se produce cuando ciertos padres que tienen un alto capital cultural pero no los recursos económicos para pagar salud privada, asisten a los consultorios públicos y se niegan a vacunar a sus hijos o a otras intervenciones médicas que estiman no necesarias. Así puede verse en el caso de Carina, quien estando embarazada se negó a hacerse un estudio para medir la glucemia y tuvo problemas en el consultorio donde se atendía.

⁷⁶ Aunque legalmente la entrega de leche del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) no está sometida a otros requisitos como la vacunación y en teoría no debería condicionarse, tanto profesionales de la salud como padres entrevistados admiten que la entrega de leche ha sido utilizada como mecanismo de presión para dar cumplimiento a otras metas de los programas públicos como las inmunizaciones.

Andrés: La Carina se sintió súper mal cuando se lo hizo una vez, le dolió la cabeza, porque nosotros no consumimos azúcar refinada por supuesto. Y... la vez siguiente que no se la quiso hacer fue una pelea con la tipa que estaba ahí. Claro, y el juicio viene inmediatamente. Inmediatamente tú eres irresponsable o no sabes lo que estás haciendo

Carina: O le puede pasar algo a tu hija.... yo le dije: "ya me hice eso hace dos meses y me sentí muy mal, no me lo voy a hacer de nuevo". Es como por norma que hay que hacérselo si tu guagua subió más de lo normal en la ecografía o no sé... entonces me dijo que me lo tenía que hacer sí o sí. Y ahí tuve que decir que no, que no...tuve que firmar.... pero con toda la pelea. [...]

Entrevistadora: decías que esto se daba en el sistema público ¿crees que en el privado es distinto?

Andrés: [...] El grado de horizontalidad o verticalidad tiene que ver con tu posición socioeconómica que es lo más lamentable. Si tú eres pobre no te queda otra que ponerte al servicio del profesional de la salud omnipotente que va a hacer lo que se le ocurra contigo porque el protocolo lo establece de esa manera, si tú tienes recursos para ir a una clínica y pagar esas cantidades demenciales de plata para pagar unos planes de salud, tú puedes elegir y puedes interlocutar con el médico porque tienes un estatus similar al de él en cuanto a lo socioeconómico, es un tema de estatus también, pero si no tienes plata nada... por eso es tan raro que pasara eso también, no sé si la Carina fue la única o una de las únicas pero un caso así es absolutamente excepcional. (EP6, ext- 14, Andrés y Carina)

De esta forma, vemos que la vacunación obligatoria por ley es una medida que está en tensión con las lógicas de “responsabilización individual” y “autogestión de la salud” que se promueven desde las mismas políticas públicas. Algo que se expresa en el rechazo de los padres pero también en las dudas de los expertos. En la práctica hemos visto que se trata de una ley que se presta para lógicas de excepcionalidad, tanto por las interpretaciones jurídicas a las que ha sido sometida, por los intersticios de control que

existen y porque incluso los mismos profesionales de la salud no están todos de acuerdo con la obligatoriedad. Esta lógica de excepción es más fácilmente aprovechada por los sectores que cuentan con mayores recursos económicos, sociales y culturales para evadir los controles, para defender sus posturas o incluso para enfrentar las consecuencias de “no vacunar”. La discusión refleja las tensiones de la gubernamentalidad neoliberal que se ha impuesto en Chile en las últimas décadas y que en la práctica enfrenta a los padres que deciden no vacunar con los expertos de salud.

El malestar con la medicina y el rol de los expertos

“Siempre lo que hemos hecho es que nos hemos tomado la atribución de tomar las decisiones de salud, nuestras en primer lugar y también de nuestra hija, siempre siendo nosotros los que decidimos, no permitiendo que terceros, sea quien sea, tomen decisiones. (...) consideramos que al menos en el caso de los niños, es responsabilidad de nosotros como padres tomar las decisiones, velar por su bienestar, porque se desarrolle libre de sustancias nocivas y de maltratos y de violencia, como muchas formas de violencia que hay en la medicina.” (E6- Andrés, padre que no colocado ninguna vacuna a su hija).

Tal como vemos en la cita, el derecho a tomar decisiones sobre la salud de los hijos es una responsabilidad que las madres y padres entrevistados reivindican como algo propio de su rol, ya que por un lado, consideran que son ellos quienes deben velar por el bienestar de sus hijos y por otro, serán también ellos quienes asuman los riesgos, es decir, las consecuencias negativas de posibles daños derivados de estas decisiones. Si bien reivindicar la responsabilidad paterna sobre la salud de los hijos no es algo nuevo, lo interesante es la forma en que se despliega este reclamo, contra quiénes se hace, con qué otros aspectos del proyecto futuro de los hijos se lo vincula y qué consecuencias tiene todo esto en la forma de entender el rol de otros actores en el ámbito de la salud, como los médicos u otros profesionales de la salud.

Un primer aspecto interesante del planteo que realizan estos padres es que este atributo de tomar las decisiones sobre la salud es construido contraponiéndose a un “otro”, ya

sea al Estado (como en el caso de la obligatoriedad de la vacunación que analizamos anteriormente) o a los médicos (cuando se trata del cuidado de la salud en general). De esta manera, la salud es planteada en términos de disputa con esos “otros” por determinar quién tiene finalmente el control. En este sentido, los padres y madres reclaman un poder que no está de por sí asegurado sino que debe ser recuperado tomando el control de su propia salud y defendiéndolo en cada decisión que se toma. Así, vemos que esta es una de las formas en que se pone en práctica esa noción de “empoderamiento”, lo que lleva a una evidente tensión con el rol que históricamente han cumplido los médicos.

Por su parte, los profesionales de la salud que hemos entrevistado reconocen esta tensión con esta nueva figura del paciente “empoderado” como un fenómeno que a su vez los lleva a repensar su propio rol. Así puede verse en la siguiente cita de un médico de la medicina familiar que si bien él considera el cambio como positivo, advierte de la complejidad que ha significado para los médicos en general.

“Yo le entregué un valor, dije que es positivo, pero saliéndonos del plano valórico y llevándolo al plano afectivo, yo diría que ha sido un tema complejo. La formación de los profesionales de la salud, en especial de la formación médica está muy relacionada con la formación de un profesional omnipresente, omnipotente e infalible. (...) Y es una concepción que se incorpora a la formación de los futuros profesionales y que en la vida real choca con este paciente que ya no es un dócil y sumiso objeto de su actividad, sino que es un sujeto que va incorporando la noción poco a poco de que él se hace cargo de su salud. Simultáneamente, este heredero de Galeno, de Hipócrates pasa a ser un simple técnico que domina una estrecha noción de las cosas y este paciente sabe mucho más.” (EE7, Juan Luis V.)

Otro médico, pediatra infectólogo y asesor del CAVEI, lo expresa de la siguiente forma:

“Yo diría que uno percibe una cierta sensación de merma de confianza hacia, bueno está claro, hacia las instituciones, hacia... No sé si una merma en el tiempo pero hay, hay una baja confianza y una baja confianza hacia los mismos médicos, hacia la visión de autoridad del

médico, lo cual ha sido entrecomillas culpa de los mismos médicos. Creo que nosotros como gremio hemos fallado en explicarles a nuestros pacientes mejor, más que decirles “Tome esto y con esto se va a mejorar”, que ha sido muy paternalista la postura del médico chileno durante mucho tiempo. Y hoy en día eso nos está jugando un poco en contra porque la gente no acepta así cualquier cosa y eso está bien, exige que el médico explique más. Tienen que convencer un poco más a los pacientes. Eso es bueno pero cuando la desconfianza es muy grande y la gente parte con un “aviso” de desconfianza del médico eso está mal”. (EE2- Víctor P. Miembro del CAVEI).

Como vemos, estos médicos reconocen que el paternalismo y el verticalismo que ha estado históricamente vinculado a su formación médica, han condicionado un tipo de relación médico-paciente en Chile que en la actualidad ha cambiado, principalmente, porque una de las partes, el paciente, tiene otras condiciones y herramientas para entablar unas relaciones más igualitarias. Una de las formas en que los padres entrevistados ponen en cuestión este tipo de relación, es disputando “el saber” que ha estado históricamente del lado de los expertos y en el que se ha basado esa “distancia social” y esa relación “verticalista”. Esto se hace a través de un doble proceso, por una parte, los padres relativizan los conocimientos de los médicos, considerándolos como uno más, y por otra, revalorizan su propio saber, que sobre todo se trata del conocimiento específico de sus propios hijos. Esto puede verse en la crítica que hace una madre que culpa a las vacunas del problema de lenguaje de su hijo:

“Yo siempre he dicho que mi hijo tiene mucha suerte de que sus papás sean cultos, porque si hubiéramos hecho caso a cada imbécil que fuimos, a cada neurólogo que fuimos, a cada fonoaudiólogo que fuimos, a cada especialista que fuimos que dijo tanta estupidez junta. Si tú no estuvieras tan seguro de conocer a tu hijo, no estuvieras tan seguro de tener tanta información sobre eso y le hubieras hecho caso a cada uno de ellos... que te dijo algo, mi hijo iría a una escuela especial ahora” (EP7,13, Alejandra, madre de dos hijos con distintos esquemas de vacunación).

Sin embargo, cuando estos “ciudadanos empoderados” reivindican hacerse cargo de su salud contraponiéndose a la figura del médico como un “otro”, plantean una crítica que

no solo apunta a esa la relación paternalista o verticalista, sino a un cuestionamiento más general de la medicina actual. Esta crítica, que se expresa en lo que hemos llamado un “malestar con la medicina”, es una característica bastante transversal entre las madres y padres entrevistados y encierra una cierta complejidad de la que no podemos dar cuenta en su totalidad, pero trataremos de esbozar algunos elementos centrales.

Por una parte, las madres y padres expresan una desconfianza respecto al peso que ha adquirido la industria farmacéutica en las decisiones de los profesionales y las autoridades de salud. Además, esta desconfianza se hace extensiva a los medicamentos en general, especialmente, a su utilidad, sus compuestos o su necesidad. Y tal como veremos más adelante estos cuestionamientos también entrarán en juego en la discusión sobre las vacunas. Este tema aparece prácticamente en todas las entrevistas de los padres y madres, como puede verse en la siguiente cita de una madre que decidió dejar de vacunar a su hijo:

"Aparte hay un montón de médicos y pediatras que están requetecoludidos con las farmacéuticas... o sea, a mí me ha tocado ir al pediatra, a algunos pediatras cuando estábamos en la revisión de pediatras y que hayan pasado dos o tres visitantes médicos justo antes"
(EP13, ext. 9, Eva, madre de un niño con algunas vacunas).

Otra madre que culpa a las vacunas del problema de lenguaje de su hijo, opina:

"Ahí empezamos con el tema de la vacuna, con la influenza humana cuando el 2009 empezó esta cosa de la influenza humana, que al tiro para la ciencia oficial es "qué vacuna inventamos" y ahí cuando tú te empiezas a informar... o sea, yo creo que las vacunas efectivamente las vacunas fueron un paso en la salud pública y que han sido fundamentales. Pero hoy la industria farmacéutica está muy pasada de revoluciones y hoy tiene muy poco escrutinio público y muy poca auditoría y control. Yo creo que hoy día los ciudadanos a nivel global somos más presos de la industria farmacéutica que lo que necesitamos. Yo creo que las vacunas que necesitamos están descubiertas, ya están. Pero como toda industria, cuando la curva de consumo va cayendo necesita sacar nuevos productos al mercado. Yo creo que hay muy poco

información, la que hay se oculta, hay mucho... coerción y también hay y también mucho apoyo económico de los laboratorios a los médicos y muchos médicos que tampoco se informan, porque también creen a ciencia ciega todo lo que les están diciendo, no cuestionan” (EP11, Cristóbal, padre de cuatro niños con distintos esquemas de vacunación”.

En este otro caso, la entrevistada lo vincula el tema con la discusión sobre el timerosal:

“No, y lo más tremendo es que aquí hay gente... hay doctores que apoyan a pie juntilla el uso del timerosal, dicen que es inocuo y hay otros que lo denuncian , o sea, está toda la gama, pero ahí tu sospechas que hay médicos pagados por los laboratorios...” (EP3, ext. 3, Mónica, madre de un niño con vacuna sin timerosal).

Como vemos, la imagen de la industria farmacéutica es muy negativa, con una vinculación que remite a los “grandes laboratorios” que operan a nivel global, pero en varias ocasiones los entrevistados también mencionan casos locales para graficar una asociación entre lucro y medicamentos, como el caso de colusión de precios que tuvo gran repercusión en 2009 y que involucró a las principales cadenas de farmacias que venden directamente al consumidor.

Entre los expertos entrevistados la postura respecto a las “farmacéuticas” varía de acuerdo a marcos más generales, incluso ideológicos, sobre la forma de entender la relación entre lo público y lo privado. Así, para algunos expertos la relación con la empresa privada no tiene por qué ser un problema en sí mismo, sino que es parte de cómo funciona en la actualidad la producción de medicamentos en general o de las vacunas en particular.

“No es así la cosa. O sea no es que porque tú tengas relación con un laboratorio es que tú tengas relación, o sea, que trabajes con un laboratorio para alguna cosa, qué se yo. Si es el conocimiento científico no lo hacen los ministerios, no lo hacen las universidades solas. Si la empresa privada genera muchos recursos. Si jojo! Si la empresa privada no es mala, al contrario, es buena porque genera mucho. Entonces eso no quiere decir que sean malditos y que estén todos vendidos

técnicamente, no pues. Pero es esa mirada extremista ¿me entiendes?
(EE4, ext. 20, Soledad N, jefa de Departamento del Ministerio de Salud).

En palabras de un investigador de vacunas:

“Nosotros entendemos que los que producen las vacunas finalmente y los que llevan adelante los procesos sobre las vacunas, comercializan las vacunas y finalmente, permiten que hayan nuevas vacunas y además tienen los beneficios económicos, es la industria farmacéutica. Y eso es una realidad. Aquellos pequeños grupos que producen vacunas como India, Brasil, igual está dentro de pequeños grupos y esos pequeños grupos tienen que producir las vacunas para autosustentarse, siempre hay un tema económico de por medio y eso es una realidad. Desconocer eso es magia, digamos, pensar que las vacunas van a surgir porque el gobierno... los gobiernos no tienen plata para eso y eso es una realidad”
(EE2, ext. 8, Víctor, P., investigador de vacunas y miembro del CAVEI).

Para estos expertos, las formas de establecer los límites con la empresa privada y salvaguardar los intereses del bienestar colectivo pasa porque las decisiones se tomen “técnicamente” y que los investigadores transparenten sus relaciones mediante la declaración de intereses.

“Hay empresas productoras de vacunas, o sea, laboratorios productores de vacunas cuyo negocio es vender vacunas. Tienen altos estándares de calidad y hacen mucha investigación. Entonces claro, viene el tema, a ver ¿dónde está el límite? ¿tengo que comprar todo lo que viene porque alguien lo produjo o no? Pero ahí es donde viene la, la... ahí es donde está la discusión técnica y la discusión de salud pública, porque un laboratorio puede producir las mil... muchas vacunas y yo tengo que decidir como país en un Programa Nacional de Inmunizaciones que es de acceso universal, y gratuito y no discrimina por ninguna variable el colocar estas vacunas, si realmente para mí es un problema de salud pública. Si yo defino que no es un problema de salud pública, yo no elijo esa vacuna. [...] Por eso existen estos Comités Asesores por ejemplo de vacunas en Inmunizaciones ¿Por qué? Porque son, se supone que son

gente técnica que toma decisiones técnicas, por eso existen estos ministerios, existe Epidemiología, existe Inmunizaciones, existe Estadística e Información, y que se tiene que vaciar toda esta información, se tiene revisar la literatura mundial, se tiene que ver la economía del país también y por último, la autoridad toma la decisión. Se hace o no se hace porque la epidemiología política existe también ¿entiendes? O sea, el lobby existe, claro, pero son los países los que tienen que tomar la decisión. A eso me refiero. Entonces si la hipótesis es "Oye, aquí están vacunando solo porque los laboratorios tratan de crear la necesidad y todo el mundo compra". La respuesta es no. [...] No, no, porque nosotros somos técnicamente serios. Mi respuesta es no, no. Yo creo que Chile es un país serio y toma las decisiones con distintos criterios, pero no es porque está en el mercado tengo que ponerla, no, para nada". (EE4, ext. 16, Soledad N, jefa de Departamento del Ministerio de Salud).

Respecto a los conflictos de interés y la forma de transparentarlo, un investigador y asesor del CAVEI señala:

“Que todo eso está puesto, y ahí está la declaración de los conflictos de intereses donde uno tiene que decir claramente lo que ha tenido, la relación que uno ha tenido con la industria y yo en eso trato de ser muy riguroso, en qué proyectos he participado, en qué he recibido financiamiento y eso está en todas mis presentaciones y está de libre disposición. Ahí mi postura es que todo el mundo tiene intereses, no hay nadie en la vida que no tenga un interés, lo importante es que esté bien declarado y que cuando uno emita una opinión, haya dicho primeramente “esto son mi... los intereses” o usted interprete esta información que yo le estoy dando que es mi pensamiento a la luz de lo que yo he hecho. Yo he trabajado con la industria en la vacuna del rotavirus, yo he trabajado en la meningoB he trabajado, he dado conferencias internacionales donde me han pagado el viaje estos, estos y me han pagado un honorario... eso es lo que he recibido. Ahora esta es mi opinión, usted recíbala como quiera basado... Y la realidad muestra que los expertos en vacunas, todos... los que son realmente expertos, los

que saben, los que saben de verdad han tenido que trabajar o han trabajado con la industria. Los demás son todos teóricos, son personas que miran desde afuera el proceso y hacen análisis desde afuera bajo su posición, pero no han trabajado con las vacunas. No han estado con los niños recibiendo las vacunas, no están trabajando en el desarrollo... y está bien, pero por eso yo pienso que si el CAVEI, y lo conversamos dentro, si el CAVEI quiere llevar realmente a los expertos en vacunas, a la gente que sabe el tema, va a tener que traer a gente que ha trabajado con la industria, de lo contrario sería tener a un grupo de teóricos, personas teóricas con sus visiones, pero no saben cómo es trabajar con vacunas. Y a mi manera de ver, y no es solo mi manera de ver, esto pasa en todo el mundo, el mundo desarrollado, los grupos en la medida que sean más diversos. La diversidad es muy importante y que permita una discusión amplia sobre la mesa, enriquece mucho más". (EE2, ext. 8, Víctor, P., investigador de vacunas y miembro del CAVEI).

Sin embargo, la relación entre las farmacéuticas y el ámbito de la medicina es vista por otros expertos desde una perspectiva más crítica y como parte de una problemática actual que pone a la medicina en una relación casi de dependencia. Esta mirada crítica está presente, por ejemplo, en los médicos de la medicina familiar.

"Ahora viene el cuestionamiento del origen de las informaciones, y vuelvo a mencionar lo que te comentaba antes, respecto a las ciencias duras y no duras, las ciencias precisas, las ciencias exactas, esto de la medicina oficial. Al respecto, por ejemplo, [toma una revista] aquí hay un trabajo del "bifidus bacterium animalis en la reducción de riesgo de infecciones en la infancia", escrito por unos autores, sale el resumen, la bibliografía que avala el experimento de estas personas y que es mi opinión, primero termina esta publicación con una propaganda para el "bion bb". Esta literatura está diseñada, muy bien diseñada con el objeto de que se convenza de que es necesario darle este medicamento a los niños. Vienen las preguntas: detrás de cada uno de estos autores hay una institución, hay un laboratorio, hay una universidad, ojo, hay una universidad pública y privada, cuyo desarrollo de investigación ha necesitado financiamiento, y muchas de las veces, no sé si la mayoría de

las veces, pero muchas de las veces un financiamiento privado. Entonces, yo me pregunto aquí sale... el Dr. Saavedra. NN que publicaron en Journal NN.. ellos, quién financió esta investigación y probablemente si yo me dedico a buscar probablemente me doy cuenta que quien financió esta investigación es el mismo productor esto". (EE7, ext. 12 Juan Luis, médico familiar).

Continuando con los aspectos que dan cuenta del “malestar con la medicina” de los padres entrevistados, otro tema se relaciona con la forma en que la “medicina tradicional-convencional”⁷⁷ entiende y enfrenta los problemas de salud. En este punto encontramos ciertas diferencias entre los padres entrevistados. Por una parte, aquellos padres y madres que, como señalábamos en el apartado sobre los entrevistados, cuestionan aspectos más generales como el sistema socioeconómico o una forma de vida con la que no se identifican, identifican esta medicina como parte de este sistema. Las críticas se dirigen principalmente a la falta de una atención “integral” que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona, es decir, tanto lo físico como lo emocional o lo espiritual, y la importancia del entorno más próximo como el familiar. También reclaman que al no tener en cuenta estos aspectos, la medicina “tradicional” no se centra en las causas, quedándose en el plano de los síntomas y buscando soluciones “rápidas”, a partir de sobremedicar a los pacientes. Así puede verse en esta entrevista a un padre, quien señala:

“Con el primero nosotros full medicina tradicional. Primer año de mi hijo bronquitis obstructiva, millones de sesiones de kine [sic] te dan para la cuestión de los pulmones, inhaladores, puf, corticoides, remedios (...) El primer año de mi hijo fue horrible para nosotros, yendo a la Clínica Alemana⁷⁸, a la clínica Santa María, yendo a pediatras súper tradicionales, súper reconocidos, tuvimos uno que era un amor de ser humano... de la Alemana, que era espectacular el tipo, pero era full remedios. Y a lo más, algunos lo que hacen es dar menos remedios

⁷⁷ La mayoría de los entrevistados hablan de “medicina tradicional” o también usan la idea de “medicina convencional” e incluso “medicina oficial” para oponerla a la “medicinas alternativas”, solo en algunos casos también hablan de medicina “alópata”. Para expresar esta idea que utilizan los mismos padres, pero que no responde a una categoría de la propia medicina, utilizaremos la denominación “medicina tradicional-convencional”.

⁷⁸ Las clínicas Alemana y la Santa María son dos clínicas privadas de Santiago. Especialmente la Clínica Alemana es de un perfil socioeconómico alto.

porque reconocen que se sobredosifica y optan por tratar de prolongar el mayor tiempo posible sin dar antibióticos que también súper bueno, pero así y todo lo pasamos pésimo. Benja se obstruyó miles de veces, tuvimos miles de episodios, dormíamos mal en la noche. La típica historia de los papás como común que no se informan o que no creen. El segundo año llegamos a este médico antroposófico, le dio una gotitas y nada... fue espectacular, cero bronquitis obstructiva, se le pasaban los síntomas. Nosotros lo empezamos a comprobar empíricamente, no por una cuestión religiosa... nosotros veníamos del mundo... mi carrera es ingeniería, súper racional” (EP11, ext. Cristóbal, padre de cuatro niños con distintos esquemas de vacunación).

Otra madre señala su disconformidad con la forma en que la pediatra la atiende (no la escucha, no se interesa), así como las soluciones que le entrega (darle antibióticos, darle relleno), pero además manifiesta una diferencia en la forma de entender por dónde pasa el bienestar de sus hijos: por algo “mucho más integral”.

“cada vez que la llevaba a la pediatra era como la sensación de que el mundo era chico, me cachái? era como que ella no me estaba... o sea, ni me preguntaba, ni se interesaba, o sea, para mí era tan evidente que la salud de mis hijos, que su bienestar se relacionaba con algo mucho más integral en su vida, o sea, que no era solamente, o sea... no sé. Además, en la Santa María⁷⁹, con una buena especialista, pero todo era como consultas rapiditas, si está enfermo métale antibiótico. "Si está bajo en peso, métale relleno" pero no... yo internamente decía no, este no es el camino. Yo siempre peleé por la lactancia... la Camila era súper mala para succionar... no, no era mala para succionar, ella es una niña súper sensible y si yo estaba un pelito estresada ella no tomaba pecho. Y como yo estaba muy estresada... soy muy estresada (se ríe)” (EP5-ext.5, Macarena, madre de una niña y un niño con distintos esquemas de vacunación).

Sin embargo, tal como hemos mencionado, entre los padres entrevistados no todos tienen las mismas razones para manifestar este malestar con la “medicina tradicional-

⁷⁹ Referencia a la clínica privada Santa María

convencional” y la búsqueda de alternativas. Esto se ve claramente en aquellos padres y madres que tienen hijos con algún problema de salud al que la “medicina tradicional-convencional” no ha podido dar respuesta, como por ejemplo, niños con trastornos del espectro autista u otros problemas de salud. Estos padres no manifiestan necesariamente una crítica más generalizada contra, por ejemplo, el sistema socioeconómico, sino que sus cuestionamientos se enfocan más específicamente en los aspectos que favorecen o entorpecen la recuperación de sus hijos. Al culpar a las vacunas o a un componente específico como el timerosal de los trastornos de sus hijos, sus exigencias se dirigen principalmente a crear vacunas más seguras (sin timerosal), ser reconocidos como afectados por la vacuna y reclamar formas de compensación por los daños causados. En este caso, estos padres señalan un proceso de transformación que los ha llevado a tomar el control de la salud de sus hijos llegando a convertirse ellos mismos en verdaderos “padres expertos” de sus trastornos. En este sentido, no niegan necesariamente el valor de la “medicina tradicional-convencional”, incluso recurren a varias especialidades, pero complementan con otro tipo de terapias y estrategias de autocuidado, por ejemplo, centradas en la alimentación. Estos padres también hacen hincapié en que ellos deben tomar las decisiones que guían la recuperación de sus hijos, pero más que como una disputa con los médicos por ese control sobre la salud, lo plantean como una necesidad ante la falta de resultados positivos. Esto puede verse en la cita de los padres de un niño con autismo:

“Ana: Además, que es una enfermedad que tienes que ir juntando tantos factores, que el fonoaudiólogo, que el terapeuta ocupacional, que el neurólogo, que el médico que te ve la intervención biomédica, a veces fisiatras, es tanto lo que tienes que manejar en la cabeza... compatibilizar también las platas ¿te fijas? el tiempo... y la presión de tomar buenas decisiones, porque permanentemente como papá uno está sitiando que está enfrentando a varios caminos ¿será bueno esto? a veces retrocedemos un paso, a veces avanzamos dos...

Miguel: Una cosa tan puntual como en la conferencia de la semana pasada en Chicago, a las 9, a las 10 y a las 11, en cada hora habían cuatro diferencias distintas y a veces las cuatro eran interesantes ¿en dónde me meto? aquí ya tengo algo, me meto en esta otra. Y eso mismo próyectalo en la realidad, ¿le doy B12, le doy gaba o le doy melatonina

para que duerma? o en realidad cómo lo hago. Incluso si hay un backup médico detrás, la corazonada de papá es la que sirve, sobre todo las mamás” (EP4, ext.18, Ana y Miguel).

Como vemos en esta cita, el problema de salud de su hijo ha transformado a esta pareja en verdaderos “padres expertos”, quienes incluso viajan a conferencias internacionales en búsqueda de respuestas. Estos padres utilizan los tratamientos de la medicina tradicional-convencional, pero los combinan con otras formas de cuidado que ellos van decidiendo todo el tiempo, lo que si bien les da cierto sentido de control, también les genera presión e incertidumbre. Al igual que en otros casos, como la decisión de no vacunar, cada elección va acompañada con una carga de responsabilidad que genera cierta angustia.

Tal como hemos señalado anteriormente, la relación con el cuerpo y la salud se ha vuelto un elemento central en la construcción de identidad de los sujetos bajo la gubernamentalidad neoliberal, de forma que ser una persona saludable ha llegado a convertirse en un súpervalor que funcionaría como imperativo de todo buen ciudadano responsable. Las personas, como “empresarias de sí”, son llamadas a empoderarse y participar activamente en la administración de su cuerpo, no dejando esta responsabilidad únicamente en manos de los médicos. Tal como hemos visto, estos valores son encarnados por la gran mayoría de las madres y padres entrevistados, quienes hacen hincapié en la importancia que tiene para ellos “hacerse cargo de su salud” (y la de sus hijos) y no dejar esto en manos de los médicos.

“Que hoy día yo me he formado en la convicción de que la gente cuanto menos se informa más terceriza su salud, más la pone en mano de los médicos, a ciegas, sin cuestionar, sin investigar y habiendo hoy día información disponible pero a raudales, hace 20, 30 años no existía eso. Y de verdad la gente que ha tomado opciones distintas porque buscaba informarse y hacerse responsable de su salud”. (EP11-1- Cristóbal)

Esta forma de responsabilizarse de la salud no es un fenómeno nuevo que solo afecta a las madres y padres chilenos, hace años Robert Crawford (1980) acuñó el término

“healthism”⁸⁰ para dar cuenta de este súpervalor de la salud, especialmente enfocado en la salud personal como forma de alcanzar el bienestar pleno, lo que se lograría a través de la modificación de las conductas y los estilos de vida. Un bienestar que se busca no a partir de generar grandes cambios en el ámbito político y social, sino más bien “centrándose en uno mismo”, en la relación cuerpo-mente o a lo sumo, en modificar el entorno inmediato como las relaciones personales, familiares o comunitarias en un sentido más reducido. De esta forma, aunque algunos de los padres entrevistados señalen tener un malestar más general que se expresa como una crítica al “sistema” o a las “formas de vida actual” e incluso aunque vinculen algunos temas de salud con la desigualdad social, para casi todos ellos, la estrategia de manejar ese malestar es a partir de acciones relacionadas con su ámbito personal, que es donde ellos manifiestan que pueden ejercer algún grado de control. Así puede verse en el plan que tiene Joana, una profesora de colegio público, cuando plantea que está dispuesta a renunciar a su vida actual para emigrar a una zona rural donde sea posible estar en un ambiente más controlado:

“Nosotros con mi esposo tenemos un proyecto que es irnos de Santiago, (...) Me hubiese gustado seguir en el sistema público porque siento que hay muchas cosas que se hubieran podido hacer, más en provincia, pero todo apunta a que hagamos en la comunidad donde nos vamos, hagamos una escuelita y que mi hijo este ahí en otro tipo de educación. En una comunidad en el sur... y ahí poder en verdad hacer como concreto todo lo que uno piensa, porque desde acá, claro desde esta trinchera uno critica y dice “no, pero pucha”... pero hay que hacer el cambio. Y si el cambio no se está produciendo a nivel masivo, yo no voy a esperar a que se produzca a nivel masivo, tengo que actuar. Irnos para allá y hacer el huerto y tener tu verdura ahí y partiendo por la alimentación y en educación... enseñarle a mi hijo...” (EP12, ext. 15, Joana, madre de un niño con vacunado con vacuna sin timerosal).

Esta cita refleja muy bien cómo ese malestar más general y la necesidad de “hacer un cambio” se conecta con prácticas cotidianas como la alimentación, lo que puede ser

⁸⁰ El término *healthism* ha sido traducido y trabajado en español como “salutismo” aunque su uso no es generalizado, por lo que hemos dejado el original. Para más información ver la edición especial de EÄ-Journal “Salutismo y autocuidado: reconfigurando el cuerpo y la vida a través de la Ciencia y la Tecnología” - 2015, Vol.7, N°1.

controlado, por ejemplo, a partir del cultivo de los propios alimentos. Tal como señala Crawford (1980), desde esta perspectiva alcanzar el bienestar se logra centrándose “en uno mismo”, rescatando la dimensión espiritual además de la física y buscando establecer un ámbito que permita un mayor control por parte de las personas. En general, para los padres entrevistados esta forma de buscar el bienestar se ha traducido en dos tipos de estrategias (que no son excluyentes entre sí), una centrada en el autocuidado (alimentación, meditación, padres expertos) y otra en el uso de “medicinas alternativas” que promueven estos principios.

Así, por una parte, quienes optan por las “medicinas alternativas” describen sus opciones contraponiéndolas a la “medicina tradicional-convencional”, en un serie de dicotomías como control-falta de control, natural-artificial, integral-especialización. Esto puede verse en la cita de un padre que utiliza la medicina antroposófica y que en su búsqueda de alternativas llegó él mismo a convertirse en terapeuta con imanes.

“Una de las cosas que hace la medicina antroposófica, lo papás que se meten en esto con los pediatras antroposóficos, es que empiezan ellos a responsabilizarse y no a decir “ah, está enfermo mi hijo y el médico lo sana”, que es como tercerizar la salud”. (EP11, ext. 18, Cristóbal, padre de cuatro niños con distintos esquemas de vacunación)

Otro padre contrapone los dos tipos de medicina de la siguiente forma:

“Tenemos doble militancia: una militancia... digamos... tradicional, con nuestro doctor de cabecera que fue recomendado y un doctor, también recomendado que es antro... antro... antroposófico... (...) O sea, tú llegas para allá y no es que te van a ver el síntoma de que: “doctor me duele el hombro”. Si te duele el hombro es un síntoma, pero hay algo detrás. Vas al otro tipo [pediatra tradicional] y te dice “si te duele algo, hágase un examen o tómese un analgésico”. Este tipo [pediatra antroposófico] te pesca y te dice “a ver, conversemos sobre eso, pero también conversemos sobre qué hace usted, conversemos sobre cómo es su familia, conversemos ta, ta, tá... échese...” y está como una hora conversando contigo. El otro tipo [pediatra tradicional] está 15 minutos, “tome esta es la pastilla y next... el otro”. Acá no, [pediatra

antroposófico] acá se toman su tiempo. Y lo mismo fue con el chiquitito. Va para allá, se toma su tiempo y lo empiezan a hablar “¿y cómo le va en el jardín?”, “¿cómo está esto?”. Entonces ahí lo empiezan a tratarlo de una forma más sistémica, más “holística” como se le llama. (EP3, ext.1, Daniel)

Por otra parte, las principales formas de autocuidado que describen algunos padres se centran, por un lado, en buscar un equilibrio emocional y, por otro, en cuidar la alimentación, la que debe acercarse al ideal de “lo natural”, es decir, alimentos lo menos procesados posibles, “sin químicos”, idealmente provenientes de cultivo ecológico y en el caso de los lactantes se hace hincapié en la importancia de la leche materna. La contaminación del ambiente también es mencionada por estos padres como un factor a tener en cuenta, algo que no es de extrañar en una ciudad como Santiago que tiene reiteradas crisis por sus altos niveles de polución del aire y es un tema habitual de conversación. Sin embargo, solo los padres que han optado por irse a vivir a zonas semirurales señalan este aspecto como algo en cierta medida “manejable”. En cambio, la actividad física no es un tema que haya sido mencionado como un factor relevante en el cuidado de la salud propia ni de los hijos, solo al preguntarse específicamente al respecto se reconoce como algo “deseable” pero sin generar mayores reflexiones. Por ejemplo, si bien algunos padres y madres realizan actividades como yoga (e incluso una pareja de entrevistados eran instructores) no la entienden tanto como una actividad física sino que es descrita más como una actividad para “equilibrar” esa relación mente-cuerpo.

El hecho de que los padres entrevistados destaquen como principales formas de autocuidado el equilibrio emocional y la alimentación “natural” para lograr un estado de salud pleno, está estrechamente vinculado con su forma de entender el funcionamiento del “sistema inmune”. Tal como plantea Emily Martin (1994) en las últimas décadas la noción de “sistema inmune” ha adquirido gran relevancia, especialmente desde principios de los años 1980 con el SIDA. Pero, como nos señala la autora, el problema es que esto no siempre es comprendido de la misma forma por los científicos, los medios de comunicación o los distintos grupos de ciudadanos. Algo parecido sucede con las diversas formas de entender esta noción entre los entrevistados. La mayoría de los padres y madres señalan la importancia de “no saturar” sino “fortalecer” y “activar” naturalmente el sistema inmune. La forma de “no saturarlo” se vincularía con no dar

medicamentos o no exponerlo a “químicos”, la manera de “fortalecerlo” sería a través de la alimentación natural y el equilibrio emocional, y la “activación” del sistema inmune se lograría de manera natural “pasando por la enfermedad”. En este sentido, las enfermedades leves o la fiebre serían mecanismos que ayudarían al organismo, por lo que no son entendidas como algo negativo, mientras que los medicamentos de la “medicina tradicional-convencional” no les permitirían desarrollar las defensas naturalmente al cortar antes los síntomas. En este punto se vuelve clave la contraposición entre lo natural, entendido como positivo y asociado a las “medicinas alternativas”, y lo artificial, que estaría vinculado a los medicamentos, los químicos, la “medicina tradicional-convencional” y dando un paso más allá, a la industria farmacéutica.

“La verdad es que decidimos ir a los médicos antroposóficos porque nos interesa que el Matías responda a las enfermedades... darle la oportunidad a su sistema inmune a que responda a la enfermedad, no nos interesa y obviamente al papá de Matías tampoco, quitarle la dolencia, quitarle el síntoma sin darle la oportunidad a su cuerpo a fortalecer su sistema inmune. La cosa para nosotros y la verdad no es ninguna volá hippie ni nada... hay estudios serios de eso, cuando al ser humano se le da la oportunidad de combatir la enfermedad el sistema inmune se vuelve mucho más fuerte, no para ahora quizás sino para el futuro. Vas a tener un adulto mucho más saludable y más sano, para hacer frente mucho mejor y responder mucho mejor a las enfermedades”. (EP13, ext-3 Eva, madre de un niño que dejaron de vacunar).

Cuando se le pregunta cómo mejorar el sistema inmune a una madre, quien junto a su pareja son instructores de yoga y viven en una zona semirrural, señala al respecto:

“Soledad: Disminuyendo los alimentos tóxicos lo mayor posible, tratando de tener una alimentación natural y sana, y emociones positivas, eso...”

Entrevistadora: ¿La parte emocional es importante?

Soledad: Es muy importante, es primordial, o sea, yo diría que es 50 y 50, con la alimentación y el entorno donde uno vive, que sea lo menos tóxico posible, lo más libre de contaminación, de desechos, de smog, contaminación de todo tipo, acústica, física y energética. (...) un niño con una fuerte defensa familiar en lo que es emoción, rodeado de emociones positivas, que haya sido engendrado en un vientre en útero amoroso, que haya sido contenido desde el vientre, ya nace con un estímulo positivo, nace con una protección, entonces no es necesario ponerle nada más que el pecho. Después el parto es súper importante, en nuestra forma de verlo, un parto natural, un parto en casa, con los agentes patógenos del hogar, de las personas con las que vive el niño, que sea lo más neutro posible, lo menos de limpiar con cloro y cosas raras. O sea, el niño nació allí y ahí donde tiene que nacer, ahí están todos los bichitos que él tiene que conocer, entonces cuanto más rápido se adapte a ello menos posibilidad tiene de enfermarse... (EP8, ext.2, Soledad, madre de tres niñas con distintos esquemas de vacunación).

Por el contrario, la visión sobre el sistema inmune de los médicos, especialmente de los especialistas en el tema, es totalmente distinta, aunque no se niegue la importancia de factores como la alimentación. Así puede verse en la cita de un pediatra infectólogo:

“Es imposible saturar el sistema inmune, se puede exponer a muchos antígenos y los va a poder manejar a todos, es más, cuando uno pone vacunas en simultáneo hay un efecto sinérgico sobre el sistema inmune, que la respuesta a cada uno de los antígenos es mayor que poniéndolo por separado. Ese argumento no es válido. Y después de fortalecer el sistema inmune, claro, un sistema inmune dando con buena alimentación, ejercicio y todo, bien... pero la respuesta específica contra ese agente, bacteria, virus, lo que sea, no es la misma si uno ha estado expuesto y tiene respuesta específica que si no ha estado expuesto previamente”. (EE 14, ext. 7, Juan P.)

De esta forma, puede verse cómo las formas de entender el sistema inmune pueden dar marcos de referencias para tomar una decisión específica como, por ejemplo, permitir que los hijos “pasen por la enfermedad”.

A partir de los puntos analizados sobre el malestar de estos entrevistados con lo que llaman “medicina tradicional-convencional” y de las estrategias que utilizan para el cuidado de su salud y la de sus hijos, se pueden enmarcar algunas de las principales dudas y críticas que realizan específicamente a las vacunas. Para estos padres las vacunas representan muchos de los aspectos que rechazan de la “medicina tradicional-convencional”, como la relación con la industria farmacéutica, la sobremedicación, el uso de componentes “artificiales” o la imposición de una medida “verticalista” que va en contra de lo que consideran como su responsabilidad de padres, que es decidir sobre la salud de sus hijos. Por lo tanto, la crítica a las vacunas se da en un plano complejo, en ese juego entre la crítica a los “otros”, pero también como una forma de defender una forma propia de entender esa relación con el cuerpo y la salud.

Así, por ejemplo, en el debate del timerosal, cuando muchos de los padres y madres cuestionan la vacuna, lo relevante no es solo que estén desconfiando de un componente específico, sino que también están poniendo en duda a quienes recomiendan la vacuna, en este caso el ministerio, sus asesores expertos, los médicos u otros profesionales que trabajan en ese ámbito de la “medicina tradicional-convencional”. Vemos que en la práctica esta desconfianza se concretiza de muchas formas, en algunos casos, estos padres y madres lo hacen poniendo en duda las vacunas que entrega el ministerio al comprar las vacunas privadas sin timerosal, a pesar de las constantes aclaraciones que se han hecho sobre su seguridad e incluso, en contra de las recomendaciones de sus doctores. Esto puede verse en cómo una madre utiliza diversas estrategias para enfrentar la incertidumbre que le generan los preservantes de las vacunas, pero entre estas no se encuentra la de recurrir a los médicos o a las autoridades de salud. Al contrario, no utiliza las vacunas que entrega el ministerio de salud, busca información por ella misma y ante la duda prefiere abstenerse.

A los cuatro meses decidimos no vacunar más. El Matías sufría mucho con la vacunas, la pasaba muy mal, la pasó muy mal las ocasiones que lo vacunamos, con mucha fiebre, mucho dolor. Nosotros no vacunamos con las vacunas que da el gobierno, nosotros compramos las dosis privadas que venían libre de mercurio como preservante. Claro, pero después del cuarto mes nosotros también entramos en el conflicto, claro, no traen mercurio pero traen aluminio como preservante, la otra traía mercurio y aluminio. Entonces, ¿qué pasa? le estamos metiendo igual los metales

pesados en el cuerpo, qué incidencia tiene real? Nosotros buscamos información, y no encontramos ninguna que pudiésemos leer nosotros claramente y que nos dijera: esta es la incidencia real y esto está comprobado que ocurra a largo plazo. Porque mi conflicto con las vacunas no tiene que ver con el corto plazo y la prevención de las enfermedades y digamos, tampoco le restamos el valor en la historia de los humanos, o sea de la humanidad entera, han sido efectivas para controlar epidemias y evitar muertes masivas de niños y de personas más grandes también. Pero hoy por hoy... ¿quién nos puede decir con claridad qué compuesto traen las vacuna?, De verdad, ¿qué incidencia tiene pa'l futuro? Yo no lo sé y frente a la duda prefiero abstenerme o no sé, consultarlo con alguien que realmente me dé una respuesta satisfactoria, que me diga: trae esto, esto y esto y no tiene incidencia o si tienen. Así que mejor no hacerlo. (EP13, ext. 2, Eva).

En otro ejemplo, una madre que no cuestiona todas las vacunas sino que solo tiene dudas respecto al timerosal, relata su conversación sobre el tema con su pediatra.

"Catalina: Yo le planteé el problema a la doctora y le dije: "sabe qué doctora, yo he escuchado tal y tal cosa de la vacuna con timerosal, que causan autismo, así que quiero saber qué me recomienda usted". La doctora me dijo: "sabes que la vacuna... eh.. el timerosal no hay nada, ningún estudio que diga esto 100% causa autismo, no hay ningún estudio que diga eso. Así que yo te recomiendo que le pongái la vacunas del ministerio". [...] Y yo le dije: "Pucha, es que igual me da lata..." y me dijo "Bueno, si tú estái con la duda, te voy a dar la orden". Porque piden una orden para las clínicas y me dijo "ya, yo te la voy a dar para que estés más tranquila pero para que sepas que esto no es así tajante, que la vacuna con timerosal causa el...autismo"

Entrevistadora: ¿Y eso te dejó tranquila...?

Catalina: Es que yo dije, pucha, igual la doctora es viejita, a lo mejor piensa como más antiguo... que a no todos le pasa esto, que no está muy informada del tema. Entonces yo seguí leyendo, yo igual seguía leyendo,

artículos y cuestiones y todos decían eso. Hay un debate inmenso, que sí causa autismo, no causa. Entonces, yo dije, "ante la duda prefiero prevenir y ponerle la otra..." (EP10, Catalina)

Otra madre que también compró la vacuna privada expresa sus dudas sobre el tema del timerosal y el autismo a pesar de lo que afirman los médicos:

"Van a ser 15 años que hago clases, que soy profesora, y me sorprende de la cantidad de niños asperger, que es un tipo de autismo, que hay... cada vez más (...) y no me extrañaría que fuera a través de las vacunas. De hecho yo creo que las vacunas influyen en eso, en cierta medida, si te están metiendo mercurio... aunque te digan los médicos". (EP12, ext.10, Joana)

De esta forma, vemos cómo los cuestionamientos se traducen en distintas estrategias de vacunación, lo que no siempre conlleva una confrontación directa con los médicos. Otra estrategia que utilizan algunos de los entrevistados es recurrir, en la medida de sus posibilidades, a medicinas o terapias alternativas que consideran más acordes con sus concepciones del cuidado de la salud que describíamos más arriba. En el tema específico de las vacunas, estos padres señalan sentirse más cómodos con la flexibilidad de los esquemas de vacunación que proponen médicos como los antroposóficos, mientras que critican la sobre-recomendación de vacunas de los “médicos tradicionales”, entendiéndolas como una forma de sobremedicación.

“Mónica: Si fuera que nosotros nos quedáramos con la opinión del doctor alópata⁸¹ lo hubiéramos vacunado mil veces. Pero vamos a este otro doctor que es antroposófico, que cura con gotas naturales de homeopatía, que también es doctor, estudió en la Universidad de Chile y todo eso, y él te dice: "en la vida hay tres vacunas, a lo sumo tres vacunas que sí que hay que ponerlas" Y yo que tengo muy mala memoria las olvidé [...] Es que el otro me dice que hay que vacunar contra la hepatitis, contra la no sé qué... mira, todas las enfermedades de los niños, hasta la varicela que le dio hace poco. Entonces este doctor fue

⁸¹ Medicina alópata es el término utilizado por los practicantes de la homeopatía para referirse a la medicina “biomédica”, “occidental” o “moderna”. Los entrevistados utilizan “médico alópata” y “médico tradicional” indistintamente, para contraponerlo a la “medicina alternativa” u “homeopatía”.

súper claro, salvo la vacuna.... ya no me acuerdo, eran tres, esta, esta y esta, las demás, están de más. Y si le da la varicela, bienvenida, y si le da... porque crea defensas propias.

Daniel: Ahora, sí le da esa que es complicada... ahí no, no, no

Mónica: Es que ahí es donde uno duda, porque el otro te dice: “mira, si no le pones la de la meningitis y le da meningitis, ¡se te puede morir!” Es una especie de chantaje emocional súper fuerte”. (EP3, ext5, Mónica y Daniel).

Al igual que en esta cita, otros entrevistados también hacen referencia de una manera crítica a esa apelación a la parte emocional, al miedo por ejemplo, que realizan los médicos como estrategia para convencerlos de vacunar.

Por otra parte, tal como planteábamos anteriormente, la mayoría de los expertos reconoce la dificultad de enfrentar a estos “pacientes empoderados”, que como ellos mismos señalan “*cuestionan más*”, “*no aceptan así cualquier cosa*” y “*exigen sus derechos*”. Sin embargo, las formas de reaccionar y las estrategias utilizadas para enfrentar a estos pacientes varían de acuerdo a una serie de factores como sus cargos y funciones, sus especialidades o sus enfoques, elementos que se van entrelazando para ir conformando sus formas de entender la medicina y su rol como profesionales de la salud. Por ejemplo, los médicos especializados en medicina familiar definen su rol como el de “acompañar” a las personas para que ellas decidan sobre los ámbitos de su salud y por lo tanto, no ven en los cuestionamientos un ataque a su figura o su *expertise*. Así define su tarea una médica especializada en medicina familiar, señalando que se trata de una forma particular de entender la medicina:

“esa es la idea, que sea lo más integral posible, primero respetando la autonomía de las personas, que es su decisión hacerlo, segundo, si uno puede compaginar esas alternativas, y al final siempre es la decisión de las personas, la idea es de acompañarlo en sus decisiones, dando recomendaciones de salud pero finalmente es la persona la que decide y es la responsable de ellos y sus familias de ver qué es lo que se hace... pero esa visión no está en todo el mundo, está en los médicos familiares, pero no así en la salud familiar, está como en transición encuentro yo,

sigue siendo muy directivo: "usted tiene que hacer esto, esto"... y no todo el mundo lo recibe bien de esa forma, si estamos hablando que hay que respetar la autonomía de las personas, de que hay que llegar a ellos informándolos y que finalmente ellos tomen esa decisión, pero no todos lo ven de esa manera. (EE8, ext. Blanca V., médica familiar)

Otro médico que trabaja desde esta perspectiva, cuando se le pregunta por los cambios que ha tenido la ciudadanía chilena, muestra un gran entusiasmo y hace una valoración muy positiva de este “paciente empoderado”, haciendo una lectura política de este cambio:

“Tengo opinión y muy positiva al respecto, muy positiva al respecto. Yo creo que son expresión, reitero, positiva, acerca del ... voy utilizar un neologismo muy utilizado: del "empoderamiento de las personas", de su rol ciudadano, de sus derechos y a la soberanía que ellas tienen que tener sobre todas las actividades de la nación, o de las actividades del Estado" (EE7, ext.7, Juan Luis, médico familiar)

De esta forma, desde esta perspectiva el manejo de situaciones complejas, como la negativa de un paciente a vacunar a su hijo, no deriva en un enfrentamiento o en un “juzgamiento”, aunque la recomendación siga siendo en favor de la vacunación. Así puede verse con este mismo médico ya citado:

“Juan Luis V: La semana pasada vino una chica, que ya no es chica tiene veintitantos, vino con su hijo. Ella es anarquista, es punky. Vino con un discurso muy potente, muy razonable, en torno a que ella entendía que las vacunas eran un invento de las trasnacionales y que estaban experimentando en el tercer mundo. O sea, de esa envergadura la discusión

Entrevistadora: ¿Y cómo manejas una discusión como esa? ¿Cómo conversas con ella?

Juan Luis V.: En primer lugar, yo creo compartir bastante del cuestionamiento intelectual que se hace a aquello, por tanto, yo parto acogiendo aquello. Sin embargo, terminamos en una discusión más bien técnica. En el caso que te mencionaba que ella tenía un hijo de un año y

que estaba dudando de ponerle la vacuna del sarampión. Le mencioné que a mi juicio la mejor vacunación o mejor inmunidad era el cariño, el afecto, la buena nutrición o las condiciones sociales que tuviese... o condiciones materiales que tuviese en su casa y por tanto, podría abstenerse de vacunar a su hijo, pero su hijo está relacionado con otras personas, por tanto, el vacunar o no vacunar a su hijo más que un compromiso con su hijo era un compromiso con el resto de la sociedad. Y ahí... yo creo que a ella le hizo sentido. Que el tema de la vacunación no era un tema personal, individual de decisión de las personas sino que tenía que ver con una suerte de responsabilidad social que ella asumía con esta idea.(EE7, ext. 5., Juan Luis V., médico familiar)

Como comentábamos, los discursos y las estrategias para enfrentar los cuestionamientos a las vacunas varían según las posiciones, los roles o los enfoques que tienen los actores. Así, en el caso de los profesionales que no atienden directamente a pacientes, sino que tienen cargos de responsabilidad asociados a las políticas de inmunización y de salud pública o que son asesores del ministerio como los miembros de CAVEI, predomina un discurso que opera a nivel poblacional, con argumentos asociados a la “inmunidad de rebaño”, las tasas de vacunación o el uso de estadísticas y probabilidades. Estos profesionales tienden a ver a los padres y madres críticos con la vacunación desde una perspectiva que se acerca a la del “modelo del déficit”, es decir, que las críticas derivan de una falta de comprensión de cómo funcionan las vacunas, de creencias no basadas en conocimientos científicos, en posturas ideológicas o también como víctimas de los rumores e información errónea que circula por internet de grupos más radicalizados. A la hora de conversar sobre las controversias sobre vacunas, una de las características de este grupo es que más que centrarse en los cuestionamientos de los pacientes, se focalizan principalmente en otros actores que, según ellos, “se entrometen” en su campo. Esto puede verse, por ejemplo, respecto a los parlamentarios en la discusión sobre el timerosal:

“Entonces, por lo tanto aquí ha habido una gran polémica y ha sido grupo que se ha hecho notar. Ha llegado al Congreso, han establecido una liga, digamos, de padres autistas. Los cuales esto se ha llegado a plantear al Congreso para que haya un proyecto ley en el cual prohíba la presencia de Timerosal en las vacunas. Situación que nos pondría

como el único país del mundo que.... ¿cómo decir la palabra más correcta? Pero en el fondo quiero decir como que se... entromete... como que se entrometería lo que es una ley, un proyecto ley digamos, que tenga que ver con un Programa Nacional de Inmunizaciones, sería como el único país. No existe ningún programa, de ningún país en el mundo que efectivamente haya un análisis desde el punto de vista de que se meta el Congreso en esto, ya? Que se metan diputados, políticos en circunstancias en que todos los países del mundo, los programas nacionales de inmunización se caracterizan por el tecnicismo, o sea, primero por tener una evidencia sobre la importancia de la enfermedad en un país determinado (EE5, ext.2, Loreto F. Asesora CAVEI).

La defensa del campo también se hace delimitando y diferenciándose respecto a otros actores que disputan ese espacio del saber y la práctica médica, como por ejemplo, con las llamadas “medicinas alternativas”.

“yo no las llamo medicina, yo creo que son básicamente placebos y tienen efectos placebo. Sin ninguna demostración, yo me baso en la demostración de la medicina bioquímica, científica, por eso estamos acá, en la medicina alopática. Pero no se le exige a estas medicinas ningún tipo de comprobación de sus efectos, más que la persona diga que se sienta mejor y sume algunas casuísticas [...] Segundo problema que tienen es que empiezan a cuestionar la medicina que sí tienen documentación y empiezan a pensar que todo es lo mismo. ¿Es lo mismo? Nuevamente es la discusión con el grupo antivacuna con los grupos académicos. Es como si da lo mismo. Y tú no vas a entrar a decir “perdona tienes un grupo de académicos que se ha dedicado a investigar 30 años el tema, llevan 20 años en la universidad, lo único que hacen es pensar en torno a.... versus un grupo que lleva uno o dos años, que juntó un montón de papers” No es lo mismo, pero uno no usa ese argumento porque puede aparecer como que... o arrogante o no sé.. Bueno, en esto de que se relativiza todo y que se empieza a homogeneizar todo, creo que las poblaciones pierden en su desarrollo. [...]. Y creo que eso a un país no le hace bien, porque empieza y pasa a ser un caldo de cultivo para grupos que proponen cosas más esotéricas. Muchos de los cuales se

benefician económicamente, si no, acordémonos del tema de los quesitos y la gente se deja engatusar y engañar como niños chicos cuando, cuando relativizan todo y ese es el riesgo que tiene a mi manera de ver el exagerar el tema de que da lo mismo, de que la medicina natural hace tan bien como las otras, que el ministerio lo avale, yo siempre he pensado que eso va en el mismo sentido: desculturiza nuestra población en medicina.(EE2, ext.10, Víctor P.)

En la discusión sobre vacunas, uno de los principales mecanismos que utilizan estos expertos para enfrentar estos cuestionamientos es remarcar la distinción ciencia-no ciencia, reforzando así la delimitación del campo y definiendo los actores que están legitimados para participar en el debate. De esta forma, las decisiones sobre vacunas son reivindicadas como decisiones solo “técnicas”, que deben ser tomadas en base a “evidencias” y que deben ser determinadas por los expertos. La mayoría de estos entrevistados refuerza la dimensión técnico-científica de la discusión sobre la vacunación y utiliza argumentos de validación propios de su campo, como por ejemplo, el reconocimiento de pares (científicos), el uso de estudios publicados por revistas prestigiosas o avalados por determinados organismos nacionales e internacionales. Estos temas pueden verse en las siguientes citas:

No existe ningún programa, de ningún país en el mundo que efectivamente haya un análisis desde el punto de vista de que se meta el Congreso en esto, ya? Que se metan diputados, políticos en circunstancias en que todos los países del mundo, los programas nacionales de inmunización se caracterizan por el tecnicismo, o sea, primero por tener una evidencia sobre la importancia de la enfermedad en un país determinado. [...] Y lo otro relevante es que sí, efectivamente tiene que haber una decisión política, pero dentro del mismo ramo del Ministerio, que en este caso es el Ministerio de Salud, pero no existe ningún país del mundo que esto se lleve al Congreso, o sea, que haya una ley que sé yo que prohíba esto o lo otro. Porque en realidad ahí ya se nos empieza a mezclar temas que pueden generar vacíos de cobertura, pueden generar oportunidades perdidas, digamos, de vacunación (EP5, ext.2, Loreto F., Asesora CAVEI).

Tal como vimos en el apartado en el que se describió la controversia del timerosal, tanto los representantes del ministerio de Salud como los expertos asesores del CAVEI buscaron posicionar sus puntos de vistas participando activamente en la discusión parlamentaria y también en los medios de comunicación, justamente reivindicando la dimensión científico-técnica de la decisión. Esta estrategia es acorde con el discurso de “no intromisión” y defensa de su campo, pero en la práctica esto ha estado lejos de cerrar el debate. Si bien se buscó clausurar la controversia por una vía político-administrativa como es un veto presidencial que dejó sin efecto la ley aprobada en el Parlamento, basado en argumento de no intromisión en una decisión científico-técnica, vemos que los debates sobre vacunas han continuado. Así, el giro hacia la judicialización que ha tomado una discusión como la de la vacuna del Papiloma Humano en la actualidad, da cuenta de que estas controversias no se han cerrado desde el punto de vista social y los debates continúan abiertos.

La dimensión comunicacional: decisiones informadas y modelo del déficit

"No estoy como talibán antivacuna, no lo hemos hecho, y hemos estado como posponiendo la decisión de hacerlo. Si tuviéramos que hacerlo nos informaríamos súper bien, [...] luego de un proceso reflexivo y de informarnos realmente, de buscar toda la información para tomar la decisión. No a ciegas, no creyendo directamente en un sistema que nos hemos dado cuenta que está súper alienado y sin el temor reverencial de 'ohh si no le ponemos la vacuna...' " (Cristóbal, padre de cuatro hijos con distintos esquemas de vacunación).

Las madres y padres entrevistados describen la decisión de vacunar o no a sus hijos como el resultado de un proceso largo, difícil y complejo, en el que se ponen en juego aspectos emocionales, valóricos y racionales. Se trata de un proceso reflexivo que implica varias fases y que marca una diferencia con respecto a los otros padres, “la mayoría”, que no se hacen este tipo de cuestionamientos. Así lo señala una madre que optó por la vacuna sin timerosal pero que no ha puesto otras recomendadas por el pediatra.

“No es una decisión fácil, pero tú tienes que tomar una decisión y es una decisión súper en conciencia. La mayoría va y vacuna a su hijo porque les dicen que los tienen que vacunar, pero el que se niega yo creo que lo hace en conciencia, no es porque sí, porque se le antojó, no es porque sea caprichoso. Es porque lo tiene que haber evaluado, consultado... no es una decisión fácil”. (EP3, ext.7, Mónica, madre que optó por vacuna privada sin timerosal)

En el camino que lleva a tomar una decisión, la búsqueda de información juega un rol fundamental, pero tal como veremos más adelante, las estrategias que utilizan los padres para informarse dependerán de una serie de factores como la confianza en las fuentes, la necesidad de reducir la incertidumbre o los marcos de referencia desde los que entienden tanto su responsabilidad como padres como la relación con los profesionales de la salud.

Por una parte, hemos visto que los padres se ven permanentemente en situación de decidir, especialmente en el contexto neoliberal que los responsabiliza de sus éxitos y sus fracasos. Así, el hecho de hacerse cargo de la propia salud, que es reivindicado por muchos de ellos como un derecho y deber propio de su rol, puede generar en algunos casos cierta presión e incertidumbre por estar tomando todo el tiempo las decisiones adecuadas. De esta manera, una de las formas en que la información es utilizada es como una herramienta en función de la toma de decisiones, algo que cada uno debe saber buscar y evaluar, tal como lo destaca una madre que forma parte de la agrupación Bioautismo:

“Ese es el predicamento de Bioautismo que me preguntabas. Nosotros no somos ni antivacunas ni provacunas. Cada uno sabe y se tienen que informar, pero si yo te tengo que dar una recomendación, número uno: créame o no me creas que esto es o no es agua de las carmelitas, es o no es mercurio: exija sus derechos. En la Ley 20584, art. 14, de conocer todos los efectos colaterales ¿Para qué? Para poder sacar a tu hijo de la emergencia lo antes posible. Uno, si tú quieres creer en estas vacunas que son de calidad... no igual definitivamente que las de Europa, número dos: si usted decide no vacunar o hacer un calendario de vacunación más holgado, hable con su pediatra, infórmese, porque ya hay, o sea no

tengo tantos estudios en relación al exceso de vacunación cuando son chiquitos, pero sí tengo unos 25 que a un padre... ya te dicen, oh, ojo, exceso de vacunación cuando son chiquititos también produce inflamación cerebral”. (EP2, ext. 27, María Eugenia, madre de un niño con autismo).

Otro padre señala la decisión que tomó tras buscar información del vacuna del Papiloma Humano:

“Esta vacuna del Gardasil, la información y las pruebas que hay, si uno investiga un poquitito lo que hay detrás te das cuenta de que no hay pruebas que la confirmen. No hay pruebas que confirmen que sea efectivo contra el papiloma humano. Hay mucha más evidencia del efecto secundario adverso. Es cosa de informarse, pero esa información estando disponible, la gente un poco no sabe pa’ dónde tirar, porque hay tanta información que la gente dice, “ya no creo en nada o creo lo que dice la ciencia oficial”. Entonces tenemos a la Presidenta hoy día metiendo la vacuna del papiloma humano en las niñas de cuarto básico en los colegios sin cero información, o no se informa, o es lo políticamente correcto o no tengo idea. Yo jamás le voy a poner esa vacuna a mi hija”. (EP11, Cristóbal, padre de cuatro hijos con distintos esquemas de vacunación)

Este “deber” de buscar información para la toma adecuada de decisiones es planteada por Laval y Dardot (2013) cuando analizan cómo la búsqueda de información es considerada por los teóricos neoliberales como F. Hayek, como parte esencial del funcionamiento de una sociedad de mercado. Ante la retirada del Estado de Bienestar, los individuos deben saber gestionar individualmente los riesgos. El conocimiento (no necesariamente el científico) sería un bien disperso que es parte de las sociedades complejas y especializadas, y cada individuo puede captarlo y usarlo para su beneficio. Así en este marco de pensamiento neoliberal “*la condición de funcionamiento del mecanismo de mercado es la libre decisión en función de las informaciones que cada uno posee*” (C. Laval y Dardot, 2013, p. 143).

En el caso de las madres y padres entrevistados, vemos cómo la búsqueda de información se entiende en relación a la toma de decisiones y la gestión individual del riesgo, con una alta carga moral que responde a “su deber” de padres, pero que va asociada al peso de la responsabilidad ante posibles daños. Así, ante cada decisión importante estos padres buscan activamente información en Internet, un medio que se adecúa a esta finalidad, pero la falta de certidumbre y el exceso de información también los lleva a situaciones angustiosas. Esto puede verse en la siguiente cita:

“Ahora con la guagua⁸² me informé... supe de la vacuna sin mercurio, así que súper feliz, dije "ah se la voy a poner, ¿doctor me da la orden?" y me dio la orden y todo. Me puse a buscar en internet y aparece que está prohibida en varios países, de casos relacionados con muerte súbita, con esa vacuna. Incluso me puse a ver en el mismo vademécum... veo los componentes ¿porque para qué me voy a empezar a que me digan esto y lo otro? mejor yo veo lo que tiene y qué daños pueden causar. El aluminio que dice que tiene, lo vi en fichas químicas y dice que no causa daño en la forma en que está puesta en la vacuna pero tiene otro componente... que no me acuerdo... formóido? algo así? que dice se usa en cosméticos y jabones pero ya en EEUU investigaron y certificaron que la cuestión daba cáncer y lo estaban retirando de los productos. Y eso le ponen a las vacunas. Ese componente tiene la Infanrix, pero también me da un poco de miedo. [...] Igual lo estaba pensando y como que no puedo dormir a veces en toda la noche y viendo cosas de las vacunas y todo... todo un problema. (Ep9, ext. 18, Gabriela, madre de 3 niños con distintos esquemas de vacunación).

Tal como vimos anteriormente, en algunos casos la decisión de no vacunar es parte de otro tipo de cuestionamientos más generales y de un malestar con la “medicina tradicional-convencional”. Estos padres también describen un proceso que comienza con las dudas y cuestionamientos, luego la búsqueda de información y posteriormente, la toma de decisiones que se manifiesta con la idea de “hacerse cargo de su salud”, ya sea mediante estrategias de autocuidado u optando por “medicinas alternativas”. En el caso de las vacunas, si bien los cuestionamientos pueden ser disparados por diversas

⁸² Guagua: palabra usada en Chile para referirse a los bebés

causas, como una noticia en televisión o una conversación con compañeros de trabajo, en general, se conectan con dudas previas como las relacionadas con este malestar con la medicina que analizábamos anteriormente. En este sentido, tanto los medios como las fuentes que se utilizan para informarse están relacionados con estos marcos previos y con la confianza en quienes emiten la información. Así, por ejemplo, una pareja de padres entrevistados que son periodistas comentan el proceso de búsqueda de información sobre las vacunas a raíz de la discusión sobre el timerosal, sus aprensiones y finalmente, la compra de la vacuna sin timerosal:

Mónica: Yo estaba embarazada, a pocas semanas de que naciera Diego y sale en la televisión una noticia de una agrupación de padres que está demandando al Estado chileno porque lo culpan de que las vacunas del Plan Nacional de Vacunación les provocó autismo en distintos grados. Entonces tú comprenderás que... (se ríe nerviosa) yo casi me desmayé (se sigue riendo). Entonces nos pusimos a investigar el asunto. En esa época nosotros no teníamos internet en casa, entonces Daniel me llevaba... bueno todos esos papeles los botamos, ah? Llevaba montones de impresos de las distintas opiniones de médicos y posturas en relación al tema del preservante que es el Timerosal, que provoca, según algunos... que puede provocar autismo o algún otro daño en el sistema nervioso.

Daniel: Timerosal es mercurio. Es un derivado del mercurio, pero es mercurio.

Mónica: que se usa como conservante en las vacunas

Daniel: Cuya única función es conservar las vacunas... o sea, no es que tenga una función que digas tiene esto porque es necesario para algo. Entonces mmm (sonido y movimiento de cabeza de duda) es para que no se echen a perder.

Mónica: Y además, perdóname una cosa, existen las vacunas con timerosal y la misma vacuna sin timerosal.

Daniel: GlaxoSmith and Kline⁸³

Mónica: con un costo... o sea, el con timerosal te lo daban gratis en el plan nacional de vacunación, y el sin timerosal tienes que pagar...70 lucas⁸⁴ la dosis, tres dosis... y esa, más la otra, más la otra... nosotros nos gastamos todo el dinero del posnatal en vacunas que no tuvieran timerosal.

Daniel: y nosotros no somos pudientes, pero lo hicimos en perspectiva de lo que te estamos comentando.

Cabe destacar que estos padres no están confiando en la vacuna que entrega gratuitamente el ministerio, a pesar de que durante el período de las entrevistas y del debate sobre el timerosal, los representantes del Ministerio de Salud, del CAVEI u otras entidades como algunos colegios profesionales, estaban desmintiendo reiteradamente la vinculación entre el timerosal y el autismo. De esta forma, la búsqueda de información por parte de los padres no puede entenderse al margen de la confianza o desconfianza que tienen en las fuentes de la información. A modo de ejemplo, vemos cómo esta misma pareja que ha puesto énfasis en su activa búsqueda de información respecto a las vacunas para tomar una decisión como comprar la vacuna privada aunque les significara un importante esfuerzo económico, pone en suspenso su escepticismo y su curiosidad investigadora cuando confía en quien le aconseja un tratamiento, como puede verse en el siguiente ejemplo, cuando estos padres llevan a su hijo a un médico antroposófico:

“Mónica: pero le dio las gotitas, porque él te pregunta no sólo por los bronquios... sino que te pregunta cómo expresa su rabia y como esto y como lo otro y le arma un esquema de gotas

Daniel: sí, y pregunta cómo es un día de Diego, cómo es un día en el jardín, cómo expresa la rabia, cómo son ustedes con él, cuándo no sé qué... Entonces te empieza a preguntar más cosas. Y lo que te está preguntando de fondo es la relación. La relación entre los tres, entre los dos y entre cada uno. Y él con el mundo.

⁸³ GlaxoSmithKline es uno de los principales laboratorios productores de vacunas a nivel mundial

⁸⁴ “Lucas” es una forma de referirse al dinero. 70 lucas serían 70.000 pesos chilenos, unos 100 euros la dosis aproximadamente.

Mónica: Entonces, resulta que al final le dio unas gotitas. Tenía un año y medio y a los tres días, no, fue a los cinco días, se le pasó todo. Él no sabía (refiriéndose al niño) y se mejoró, porque uno puede decir: “No, si uno cree le va a funcionar aunque sea agua sola”, digamos. Pero él no sabía lo que estaba tomando. Después al año siguiente lo llevamos y le dio un mineral, pirita, para que no se enfermara.

Daniel: Llevamos tres años dándole pirita, o dos años

Mónica: Y no se ha enfermado. Y no hemos vuelto a estar desesperados.

Entrevistadora: Y cuando él les da esta pirita ustedes también investigan....

Daniel: No... no (se ríen)

Entrevistadora: ¿Ahí confían?

Mónica: Sí, confiamos mucho. Yo igual he mirado esos almanaques de los antroposóficos, un poco para ver para qué sirve cada sustancia.

Daniel: Porque son un millón de gotas. Aparte que son esquemas son esquemas de gotas, porque no es que te den LA gota, es simpático el punto. No es que te den una gota, es una gota y con la otra, y con la otra, te da algo para la gripe.

Mónica: Para TU gripe

Daniel: Para tu gripe. Y si esto no funciona, él te da otro esquema.

Mónica: Es fisiológico y tiene que ver también con tu ira, con tu estar en el mundo. (EP3, ext9, Mónica y Daniel, padres que optaron por vacuna sin timerosal)

Así, vemos que la búsqueda, recepción y uso de la información por parte de estos padres está conectada con sus concepciones previas sobre lo que les inspira o no confianza. Desde ese punto de partida es que los entrevistados utilizan distintas estrategias para usar los medios de comunicación a su alcance, ya sea para informarse, para contactarse

con otras personas o en algunos casos específicos, como por ejemplo los integrantes de Bioautismo, para posicionar sus puntos de vista. Un ejemplo, es cómo los padres y madres que desconfían de las autoridades o que son críticos con la “medicina tradicional-convencional”, tienden a no confiar tampoco en los sitios web oficiales o en las campañas de comunicación que provenga de esas fuentes ni en los estudios en los que se apoyan. Esto puede verse en el caso de una madre, profesora universitaria, que culpa a las vacunas del trastorno de lenguaje de su hijo, que cuando se le pregunta cómo busca información y en qué confía responde:

“No, en la tele no confío. Busco en sitios especializados, sí, pero tampoco tengo confianza absoluta en ellos. Yo sé que nada en la medicina es desinteresado, sí hay una farmacéutica atrás pagando eso, hay un gobierno pagando eso, con ganas de que esas vacunas funcionen. No me gusta todo lo que éticamente está relacionado con la industria farmacéutica, no me gusta. No me gusta que vayan a probar las vacunas a África, no me gusta que... que en el fondo vendan medicamentos carísimos cuando no cuesta nada construirlos. Todo lo que tiene que ver con la industria farmacéutica yo lo considero un negocio, un negocio necesario porque de repente uno necesita remedios, pero lo que dicen no es una verdad absoluta ni mucho menos. No para nada”. (EP7, ext.14, Alejandra, madre de dos hijos con distintos esquemas de vacunación).

Unos padres entrevistados comentan los insertos publicados en uno de los principales diarios del país por parte de especialistas que aclaraban la no vinculación entre autismo y timerosal:

Mónica: No, y lo más tremendo es que aquí hay gente, hay doctores que apoyan a pie juntilla el uso del timerosal y dicen que es inocuo. Y hay otros que lo denuncian, o sea... está toda la gama, pero ahí tú sospechas que hay médicos que son pagados por los laboratorios porque el negocio es monstruoso.

Daniel: Evidente. Consíguelo el aviso que salió en El Mercurio de Glaxo y de doctores...

Patricia: así la plana... entera, millonaria

Daniel: era para no creerse. [...] los epidemiólogos, colegio así como top... de... de prestigio que estaban a favor de las vacunas. [...] El truco que usan. El truco, digamos ideológico, que usan es muy parecido a lo que dice el capitalismo cuando te da trabajo. "No importa los daños medioambientales porque lo importante es que vamos a dar trabajo", ¿cierto? Ese es el argumento.... no importa lo... pueden llegar a un pueblo deteriorado y dan trabajo, y no importan los árboles.... Ellos dicen, para las vacunas, "Esto es una cosa social, yo no saco nada con vacunar a los 10, a los 8 niños del jardín... porque si hay dos que no vacunan, esos dos echan a perder todas las manzanas del canasto. Por tanto, yo no voy a quedar tranquilo hasta que vacune a todas las manzanas del canasto

Patricia: Patricia: una cuestión solidaria le llaman y para eso usan todas las técnicas de persuasión posible

Daniel: ¿por qué? Porque si no, no funciona el modelo... esos dos van a ser el culpable de que el resto, aunque se haya vacunado, no haya funcionado. Porque esto, dicen, es so-li-da-rio ¿me cachai? Así funciona la epidemiología en el capital, en el capital pues, porque esto es el capital. Así funciona. Entonces, nosotros (o este grupo) va a ser el culpable de que no funcione. (EP3, ext9, Mónica y Daniel, padres que optaron por vacuna sin timerosal).

Otra madre comenta cómo las campañas oficiales, que se difunden principalmente por medios de comunicación como la televisión, no la interpelan ni la convencen:

"Por ejemplo el tema de la vacuna salió a la palestra por el tema del contagio, entonces, el argumento de los medios va más por ese lado, de "prevenga, no contagie". La campaña de la vacunación, bla, bla, bla... la vacuna de la influenza... "es importante que se vacunen TODAS las embarazadas, es importante que se vacunen TODOS los menores" ehh... ni embarazada me vacuné, ni ahora a mi chico lo voy a vacunar, ni muerta lo vacuno... una enfermedad que no es mortal. Pero sí me da la impresión de que la cosa va por ahí, son campañas preventivas pero con mucho

énfasis en que te "TIENES QUE vacunar, en que TIENES QUE ir al vacunatorio, que es MUY IMPORTANTE que lo hagas, QUE DEBES hacerlo, es tarea de TODOS prevenir".. y no sé poh, no sé si ese énfasis deba ser tan no sé... deba ser tan enfático la campaña..."(EP, 13, Eva, madre de un niño vacunado solo hasta los cuatro meses)

Así, gran parte de los entrevistados que manifiesta una abierta desconfianza a las autoridades del Ministerio de Salud o a los profesionales que representan esa “medicina tradicional-convencional”, desconfían también de la “información oficial” que proviene de estas fuentes, ya sea porque la relacionan con intereses económicos o porque no les hace sentido de acuerdo a sus formas de entender el “cuidado de sí”. Como contraposición, estos padres señalan que la información que les inspira confianza es la que proviene de otros padres y madres que cuentan sus vivencias y dan recomendaciones. Por esto, entre sus estrategias de búsqueda de información en internet está el uso de redes sociales que les permiten esta conexión horizontal, entre iguales, pero también se identifican con los testimonios de padres y madres que aparecen en los medios tradicionales o leen los comentarios que las personas hacen de las noticias de los diarios on line. Así comentan dos hermanas entrevistadas cómo se informan del tema de las vacunas:

“Gabriela: no sé poh, he visto por ejemplo en todas la noticias que salen en internet, todos los comentarios abajo que aparecen sobre vacunas. O aparecen publicaciones de muchos años, de 2013 y también salen comentarios de la gente.

Fernanda: de experiencias

Gabriela: Hay montones de comentarios de personas que se les han muerto o quedaron con problemas. Me gustaría contactar con ellos y ver sus problemas pero no lo he hecho pero he visto lo que ponen. (EP9, Gabriela y Fernanda, madres de niños con distintos esquemas de vacunación)

Otra madre que culpa a las vacunas del problema de leguaje de su hijo pero que no está “en contra” de las vacunas en general, hace esta contraposición entre las “historias de las personas” y la información oficial, que no da respuestas a su propia vivencia. De

esta forma, ante la pregunta sobre quién le da confianza cuando busca información, responde:

“Creo en las historias de las personas, en las vivencias, en que me dicen: "a mí me ha funcionado esto, pruébalo". A mí me ha pasado esto ¿por qué no creerlo? encuentro más veracidad en eso que en lo otro. Creo que es un mal necesario, no pueden decir "no tengamos más políticas de vacunación" sería el desastre mundial, sería la hecatombe, pero también creo que no pasaría gran cosa si dijeran la verdad. Creo que lo peor que pueden estar haciendo es esto: es como desmentir lo que es obvio. Es como cuando en la dictadura decían "no hemos matado a nadie, no hemos matado a nadie, no hemos matado a nadie" Y sabís... bueno, es cierto, no los han matado a todos ¿pero a nadie? Bueno, también, yo creo que es el mismo sentimiento, "la vacuna no ha enfermado a nadie, no ha enfermado a nadie, no ha enfermado a nadie"... No, ¿a nadie? No, no los ha enfermado a todos. Sí es verdad, entonces, por qué no lo transparentan y dejen por lo menos de decir que la gente que cree eso es una idiota". (EP7, ext.14, Alejandra, madre de dos niños con distintos esquemas de vacunación).

Sin embargo, en la búsqueda de información que hacen estos padres en internet, tampoco creen ciegamente en todo lo que publican otras personas o los llamados “grupos antivacunas”. En general, los padres usan criterios que los ponen en alerta sobre la información que se publica, diferenciando lo que les parece serio, bien argumentado, con fuentes confiables de lo que no. Cuando se le pregunta a una madre que ha dejado de vacunar a sus hijos por el miedo al timerosal, si conoce grupos o páginas “antivacunas” señala:

“En internet hay hartos, en Facebook por ejemplo, mi hermana que está embarazada se metió a uno, y yo me puse a ver porque me dijo que lo viera y yo encontré que era una ontera, era pura gente que no tenía idea de nada. Que reclamaba por las vacunas y era puro miedo así, no sabían por qué. Todos ponen sus comentarios y discuten y todo, y no están muy informados.” (EP9, Gabriela, madre de tres hijos con distintos esquemas de vacunación).

Otra madre que describe la forma en que busca información en internet y las fuentes en que las que confía, señala su actitud cautelosa tanto para leer la información de quienes están a favor de la vacunación como de quienes están en contra de esta medida. Finalmente, destaca que no se siente identificada con ninguno del todo y que ella tiene sus propias razones para no vacunar.

“Eva: Es que en las redes sociales hay mucha más variedad, hay mucha más heterogeneidad pero a todo nivel, entonces a nivel de enfermedades, claro, uno encuentra gente que es provacunación pero también hay gente antivacunación, hay grupos antivacunación donde se manejan informaciones y no sé qué.. ahora, yo, como usuaria de internet... yo tengo una postura bien cautelosa respecto a eso. ¿Por qué? porque si bien existen todos estos grupos súper provacunación, que es importante... que las vacunas no generan autismo... yo los he leído los estudios, de hecho yo pienso... así, desde lo que he leído, que efectivamente el vínculo con el timerosal y el autismo no es efectivo. Leí un montón de estudios que decían... cachái? y meta estudios... el último uno que se hizo como en 15 países o nueve países durante los últimos 15 años. Un gran estudio que se les hizo como a 3 millones de niños, que no presentaron relación con el autismo. Entonces, después sale otro estudio que dice que tiene que ver con una condición genética el tema del autismo. Entonces, después salen los no vacunación diciendo que el mercurio sí tiene relación por tal y cual cosa. El problema es que yo recurro a las fuentes de los no vacunación y son... no sé poh... el Guardián de la Salud... cachai? (se ríe) Entonces, es como pucha... nada de confianza, de qué estudio estamos hablando, de verdad ¿cuál fue la muestra? cómo fue el seguimiento del caso? explíquenmelo, no. Encuentro que es mucho más panfleto que otra cosa, ahora, tal vez deben haber un par de estudios más interesantes y más serios, pero yo no me he encontrado con ellos hasta el momento. Entonces, mi visión hasta el momento es cautelosa. Yo tengo mis motivos por no querer vacunar, pero no sé si sean los de esta gente que se agrupa masivamente en movimientos o...

Entrevistadora: ¿No te sientes identificada con estos movimientos?

Eva: No, quizás en parte, en parte sí, con el tema de las vacunas particularmente no. Aparte el fundamentalismo a mí me... “los generales a los cuarteles” yo creo. Yo creo que las cosas son más amplias y más complejas también que decir “no vacuno porque son malas”. Un poco lo que me he encontrado del discurso... no digo que todos, hay gente que es más seria y argumenta bien. Pero como te digo, hay un problema de fuentes que es importante ¿no sé en qué se basan para decir cosas? Yo tengo mis aprensiones que es lo que te comentaba hace un rato. Que no tengo seguridad, de verdad, de qué le estoy poniendo y cuáles pueden ser las repercusiones que pueda tener en el cuerpo de mi hijo en un futuro. (EP13, Eva, madre que decidió dejar de vacunar a su hijo a los cuatro meses).

En tanto, desde la perspectiva de los expertos entrevistados, el mayor acceso a información sobre salud que tienen los ciudadanos en la actualidad, especialmente a través de internet, es señalado por la mayoría de ellos como un tema que ha transformado las relaciones médico-pacientes. Tal como analizamos anteriormente, el paciente “informado” es una característica de este “ciudadano empoderado” que cuestiona y exige más y, por lo tanto, puede generar tensiones. En este sentido, la información es también una herramienta que las personas utilizan para poner en valor su propio conocimiento, lo que algunos expertos señalan como algo problemático y que dependiendo de la forma en que los profesionales de la salud entienden su rol, pueden valorar positiva o negativamente. Así, por ejemplo, los médicos familiares que entienden su rol como el de “acompañar” al paciente para que tomen sus propias decisiones y valoran positivamente este empoderamiento, ven en internet una herramienta positiva, tal como puede observarse en la cita de este médico que comenta el caso de un paciente:

“Llegó un chico, un recién nacido, y su familia me dijo: ‘nos dijeron que había nacido con un síndrome de Klippel-Feil’. Entonces cuando me dicen eso yo me quedé pálido porque no tenía idea en qué consistía Klippel-Feil. Así que poniendo mi mejor cara les dije que no tenía idea, pero que podíamos averiguar. Así que por mientras lo voy a controlar y la próxima consulta me podían traer más antecedentes. Y efectivamente,

la próxima consulta ellos llegaron con un montón de impresos bajados de Google... información sobre la enfermedad. Yo la verdad es que aprendí de eso con ellos, es una enfermedad tremendamente rara, se da como una da un caso como en 10 millones. Esa cuestión te la menciono como una caricatura de lo que acontece en el ámbito médico-paciente. El médico ya no es el Dios Thor que sabe absolutamente todo, sino que ante él tiene personas que tienen acceso a información que antes no tenían, no obstante ese es un dato técnico. Lo fundamental es que las personas, yo creo que tienen noción y conciencia de que están empoderadas. Estoy pensando que tiene que ver con la profundización de la democracia, está relacionado con el movimiento de los indignados, está relacionado con el cuestionamientos a las elites gobernantes, etc, etc. O sea. son distintas miradas pero del mismo fenómeno que hacen dar cuenta que el ciudadano ya no es el ciudadano pasivo. (EE6,ext.6, Juan Luis V. docente y médico de consultorio privado).

Sin embargo, no todos los expertos valoran positivamente el uso de internet. Los profesionales de la salud que trabajan con otros enfoques como, por ejemplo, el de la medicina basada en evidencias o que tienen una visión más verticalista de su relación con el paciente, ven en ese uso de internet algo negativo, poniendo el foco en la falta de formación de los usuarios para diferenciar la información de calidad. Esto puede verse por ejemplo, en la siguiente cita:

Internet yo lo encuentro un excelente método de informarse pero creo que en salud no es un buen método porque el paciente no es capaz, no tiene la capacidad de discernir si la información es de buena calidad o de mala calidad. Entonces, porque internet puede aceptar todo, basura, hasta como puede aceptar el premio Nobel de Física, qué sé yo qué. Entonces, por lo tanto, dada que la diversidad de temas que se puede colocar en internet es tan amplia... ehh en Salud, dado que tiene que ver con mi salud, con decisiones que voy a tener que tomar para mí, para mis hijos, para mi familia, qué sé yo qué, resulta que la persona que no ha sido formada en temas de evaluar la calidad de lo que ahí está puesto, de dónde salió, cuál es el sustento, seguirle la hebra para llegar a entender la calidad de eso, no la tiene la población en general. Entonces,

por lo tanto, en Salud yo no lo encuentro un buen instrumento (EE5, ext.12, Loreto F., integrante del CAVEI).

En el caso de las controversias sobre las vacunas y desde la perspectiva de estos expertos, Internet sería uno de los principales aspectos que explica el rechazo a la vacunación. La capacidad que tienen los “grupos antivacunas” para hacer circular información errónea en Internet sumado a la falta de capacidad que tienen las personas para discernir la información de calidad, sería una combinación que, en gran parte, explicaría el aumento del rechazo. Tal como hemos señalado anteriormente, la visión “triumfalista” de la ciencia que impregna gran parte de la salud pública y la medicina, opera estableciendo una serie de dicotomías como ciencia/creencia u otros derivados como conocimiento/ignorancia, razón/emoción, objetividad/subjetividad. De esta forma, y tal como señala Fassin (2008) la salud pública establece una relación de alteridad con su público, colocándose ella del lado de los saberes y poniendo a los otros en el lado de las creencias, o podríamos agregar, en cualquiera de estas derivaciones: ignorancia, emoción, subjetividad, etc. Así puede recogerse en algunas de las siguientes citas:

“Y también... yo creo que... que la gente peca de ignorante, peca mucho de ignorante porque se quedan con el primer artículo que leen en un blog y no investigan más allá. Y siempre está este tema de la globalización, de la vacunas, como qué hay detrás de las vacunas, qué grandes laboratorios están detrás de las vacunas y en definitiva ese es el argumento que tienen y que lucran... y que no sé qué ...” (EE10, Ávaro E., Enfermero jefe de consultorio público).

Otra doctora que trabaja en el Ministerio de Salud, no apela a la ignorancia o la falta de información sino a las “emociones”:

“uno se mete en Google y al tiro⁸⁵, lo primero que aparecen son ellos. Entonces quiere decir que están bastante organizados, eh, tienen recursos y uno quiere entrar a un diálogo técnico: “a ver explícame cuál es tu duda y te voy a explicar por qué”. Pero hay un tema emocional entremedio, que a veces es difícil entenderlo y uno por qué se da cuenta? Porque cuando uno lee el argumento técnico sobre el cual se

⁸⁵ “Al tiro” es una expresión chilena que significa “inmediatamente”

sustenta el que esté en contra de lo que me está diciendo en ese minuto, uno se da cuenta que no está bien planteado técnicamente. Hay errores técnicos, hay errores científicos de interpretación de un dato. Ahí uno se da cuenta que son las emociones las que están jugando, entonces no saco... entonces tenemos que llegar de alguna manera a entender eso, a entender el porqué, y a trabajar sobre las confianzas de que las vacunas, ...a lo menos hasta el minuto, han sido la medida de salud que más han impactado en disminuir la mortalidad y la morbilidad... en el mundo. O sea, la vacuna es un bien peropreciado". (EE4, ext. 4, Soledad N., Jefa de Departamento, Ministerio de Salud).

En otro caso, este médico sí reconoce la capacidad que puedan tener algunos padres de leer información compleja, pero cuando son reconocidos como pares, por ejemplo, por su tipo de formación:

"Juan P.: Se informan de todo en internet, yo creo que los papás llegan muy informados, eso sí siento que ha cambiado en el tiempo. No sé, en el poco tiempo que yo llevo de pediatra, sí ha cambiado, llegan más informados o más desinformados, como se quiera poner. Llegan más leídos, no sé si más informados. Y la fuente de información es internet, pero hay sitios o sitios. Sí, yo algunos papás hay cosas que les explico. Hay otros que les dirijo a información que me parece más confiable, o les envío artículos, de frentón, hay papás que les he enviado del timerosal

Entrevistadora: ¿Y lo leen?

Juan P.: Sí, porque hay papás que son bioquímicos, que llegan perfectamente..." (EP14, Juan P., pediatra infectólogo).

Tal como hemos señalado, al amparo de esta visión "triumfalista de la ciencia" y de las dicotomías que ponen "al otro" en el lugar de la ignorancia, las creencias o las emociones, la explicación para las discrepancias entre expertos y ciudadanía se han basado históricamente en el llamado "modelo del déficit cognitivo". Como hemos explicado inicialmente, este modelo se basa en la premisa de que a mayor conocimiento=mayor aceptación de la ciencia y sus productos. Por el contrario, cuando

las personas no aceptan un avance científico o ciertas aplicaciones tecnológicas, esto se debería a que no tienen los conocimientos suficientes. Por lo tanto, la “solución” estaría centrada en acortar esa brecha cognitiva entregando mayor información (la correcta) o “educando” a la población. Así, la complejidad que se presenta en el caso de las controversias sobre vacunas de que las personas que cuestionan tienen acceso a información o niveles educativos altos, lleva a una reelaboración de este modelo del déficit, no negando estos hechos pero reinterpretándolos en la misma dirección: el cuestionamiento se debe a que el “otro” no tiene la formación o la capacidad para comprender contenidos científicos complejos. Así puede verse en las siguientes citas:

“Entrevistadora: ¿Crees que internet ha cambiado la relación entre el médico y el paciente?”

Felipe Z.: Sí, para bien y para mal... yo creo que más para mal. Pero no por el médico y el paciente, sino porque la forma de conducir la sociedad se ha avanzado mucho pero no en la educación. Entonces no toda la gente tiene el mismo nivel de educación, de entender los mensajes, la gente no entiende los mensajes, en Chile el 80% de las personas que lee algo no lo entiende, aunque sea universitario. Comprensión de lectura es muy pobre. Entonces cuando leen entienden otra cosa y cuando los mensajes son complejos no entienden nada”.
(EE13, ext.13, Felipe, Z, pediatra infectólogo).

Otro pediatra infectólogo, señala al respecto:

“la población muchas veces no tiene la capacidad de discriminar información porque eso ya requiere.... el 80% de los profesionales no sabe lo que lee digamos. Entonces, cuando tú dices, ya aquí está el grupo de los universitarios, las universidades que me dicen esto pero aquí estos otros traen sus papers y dicen que esto... ¿y cómo diferencio yo? (EE2, Víctor P., integrante del CAVEI)

De esta forma, aunque se reconozca la complejidad del problema o que las personas tengan acceso a información e incluso estudios universitarios, el tema continúa abordándose desde el enfoque del “déficit cognitivo” y centrando las soluciones en el aspecto “comunicacional-educativo”. Tal como señala C. Cortassa el modelo del déficit

y la asociación entre conocimientos y actitudes en que se basa tiene un lado tranquilizador y es funcional a la visión de los formuladores de las políticas públicas. Si el problema se plantea en términos de déficit cognitivo, la solución apunta en una dirección clara: “educar a los ciudadanos, elevando su nivel de formación científica, conduciría a mejorar su apreciación y a disminuir su apatía y reticencias” (Cortassa, 2010, p. 52). Así, tanto los Estados como las instituciones científicas se han centrado en promover la llamada “alfabetización científica” a partir de la educación o de los medios de comunicación, que deben cumplir un rol mediador haciendo accesible la información científica pero sin “distorsionarla” (Pardo Avellaneda, 2014). En este esquema el rol de los comunicadores sería divulgar el conocimiento de los expertos para que llegue de manera accesible y sencilla a la ciudadanía, evitando así la llamada “brecha cognitiva”. Por lo mismo, cuando existen conflictos entre los expertos y los ciudadanos se culpa principalmente a los medios de comunicación por generar distorsiones y en este caso a Internet.

“Entonces, estamos en un momento, yo diría ideal, como para poder revertir esta situación, porque no es un grupo tan grande como que digamos: “Está impactando seriamente en el tema de la vacunación. [...] Entonces, por lo tanto, estamos en el momento ideal, encuentro yo, como para trabajar con la sociedad civil, es lo que yo haría digamos, trabajar con la sociedad civil con buenos programas de comunicación donde se haga ver el gran valor de las vacunas, qué han logrado las vacunas, qué han logrado las vacunas que sé yo y dale como tarro, como tarro, como tarro. Eso yo lo tendría puesto en videos, puesto en los consultorios, los logros de la vacunación. O sea, en el fondo poner rostros de niños casi moribundos, todos lo demás, o el sarampión, lo que era el sarampión o lo que eran las enfermedades meningocócicas, la Haemophilus Influenza B, la gravedad... lo que ha sido la W-135 con una letalidad del 26% y pondría los rostros felices de niños sanos. Yo creo que lo que hay que hacer aquí es trabajar fuertemente por el valor”. (EE5, Loreto F., integrante del CAVEI)

Así lo expresa otra doctora que además tiene un cargo de responsabilidad en el Ministerio de Salud:

“Entonces, yo necesito entender qué cobertura de vacunas tengo a nivel comunal, urbano-rural, si algunos lugares que hay algunas variables socio-geográficas que a mí me estén explicando el porqué aquí tengo más vacunación y aquí tengo menos vacunación. Dependiendo la edad, el tipo de vacuna y todo eso. Ese estudio lo estamos haciendo ahora. [...] Entonces ahí vamos a poder entender eso, al tener eso ahí necesito un comunicador que me diga: “a este tipo de población, con esta característica el mensaje..., yo sé cuál es el mensaje, pero hay que hacerlo de esta forma y con esta técnica”. Ahí es donde me interesa el comunicador a mí ¿Cómo lo hago? ¿Cómo lo hago llegar? Pero ya tengo caracterizado el grupo. Ya, bueno, a este grupo ¿cómo llego? Comparado con este otro grupo ¿cómo llego? Son distintos”. (EE4. Soledad N., jefa de Departamento del Ministerio de Salud).

De acuerdo a esta perspectiva, las estrategias que utilizan estos expertos para comunicar sus puntos de vista también responden a una mirada “verticalista” que busca difundir un conocimiento de “arriba-abajo”. Por consiguiente, se le entrega gran valor a las campañas de comunicación que transmiten determinados mensajes y eslóganes, pero que no abren espacios para diálogos o debates más complejos. Otro ejemplo de comunicación que responde a esta mirada son los insertos que colocaron algunas sociedades de profesionales, especialistas o miembros del CAVEI en uno de los principales diarios del país durante el debate del timerosal. En esta comunicación directa, sin intermediarios que puedan distorsionar los contenidos, estos profesionales refuerzan su mensaje utilizando colores oficiales, aludiendo a otros organismos internacionales que darían respaldo a su posición como la OMS, la FDA u otros, y centrándose en la evidencia que respalda su posición.

Declaración Pública

LAS VACUNAS SALVAN VIDAS Y NO CAUSAN AUTISMO

Algunos padres tienen temor de vacunar a sus hijos. Las instituciones firmantes declaran enfáticamente que las vacunas NO son causa de Autismo.

Los padres tienen el derecho de tomar las decisiones que estimen pertinentes en el ámbito del cuidado de sus hijos, pero estas decisiones deben estar fundadas en información fidedigna y clara:

- El Timorosal es un conservante antiseptico, necesario para evitar la contaminación de las vacunas.
- El Timorosal contiene etil-mercurio a nivel, a diferencia de otros conservantes que sí son tóxicos como el metil-mercurio. NO se acumula en el cuerpo, su vida media es cortísima y es eliminado eficientemente del organismo en pocos días.
- En el 2004, el Comité para Seguridad de las Vacunas de OMS concluyó que los vacunos y el Timorosal no causan autismo.
- En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el uso del Timorosal en las vacunas y en el 2012 hizo lo mismo la Academia Americana de Pediatría.
- En el 2013, la FDA, emitió un documento informativo respecto a la seguridad del Timorosal.
- En el 2013, el Consenso de Naciones Unidas (Meknes) para reducir las emisiones de metales altamente tóxicos, concluyó el Timorosal de las vacunas seguras y excluyó del tratado.
- Finalmente, la decisión de no vacunar tiene un enorme impacto en las personas, personas y en toda la población que puede no estar remota por razones de salud o edad, a que puede enfermar gravemente. De modo que la vacunación también, es una responsabilidad de todos los que vivimos en sociedad.

La experiencia ha demostrado repetidamente que cuando grupos humanos dejan de vacunarse por creencias erróneas, se producen brotes importantes de enfermedades inmunoprevenibles y finalmente muertes. Por otro lado, en países que por muchos años han utilizado vacunas sin timorosal, la incidencia de autismo en vez de disminuir, ha continuado aumentando en forma sostenida.

Por lo anterior, las Sociedades, Instituciones y Médicos Especialistas abajo firmantes, advierten del peligro de no vacunar a un niño dado el riesgo de enfermedades que pueden tirar o causar muerte y que se previenen con las vacunas.

Instan a la toma de decisión basado en argumentos técnicos como los aquí expuestos para no prohibir el uso de vacunas con timorosal, lo que a nuestro juicio crearía un mal precedente para el Programa Nacional de Inmunizaciones.

Dr. Manuel Sánchez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Daniel Gómez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Jorge Sánchez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones
Dr. Francisco Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. María Elena Rodríguez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Carlos Pérez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones
Dr. Roberto Sánchez Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Roberto Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Roberto Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones
Dr. Roberto Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Roberto Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones	Dr. Roberto Ortiz Médico Generalista de Pediatría Asesor Científico Programa Nacional de Inmunizaciones

Inserto publicado en El Mercurio el 17 y 18 de agosto de 2013. («Las vacunas salvan vidas y no causan autismo», 2013)

Declaración del Comité Asesor de Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) sobre timorosal en las vacunas

El Comité Asesor de Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emite la siguiente declaración:

El timorosal es un conservante antiseptico, necesario para evitar la contaminación de las vacunas.

El timorosal contiene etil-mercurio a nivel, a diferencia de otros conservantes que sí son tóxicos como el metil-mercurio. NO se acumula en el cuerpo, su vida media es cortísima y es eliminado eficientemente del organismo en pocos días.

En el 2004, el Comité para Seguridad de las Vacunas de OMS concluyó que los vacunos y el Timorosal no causan autismo.

En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el uso del Timorosal en las vacunas y en el 2012 hizo lo mismo la Academia Americana de Pediatría.

En el 2013, la FDA, emitió un documento informativo respecto a la seguridad del Timorosal.

En el 2013, el Consenso de Naciones Unidas (Meknes) para reducir las emisiones de metales altamente tóxicos, concluyó el Timorosal de las vacunas seguras y excluyó del tratado.

Finalmente, la decisión de no vacunar tiene un enorme impacto en las personas, personas y en toda la población que puede no estar remota por razones de salud o edad, a que puede enfermar gravemente. De modo que la vacunación también, es una responsabilidad de todos los que vivimos en sociedad.

La experiencia ha demostrado repetidamente que cuando grupos humanos dejan de vacunarse por creencias erróneas, se producen brotes importantes de enfermedades inmunoprevenibles y finalmente muertes. Por otro lado, en países que por muchos años han utilizado vacunas sin timorosal, la incidencia de autismo en vez de disminuir, ha continuado aumentando en forma sostenida.

Por lo anterior, las Sociedades, Instituciones y Médicos Especialistas abajo firmantes, advierten del peligro de no vacunar a un niño dado el riesgo de enfermedades que pueden tirar o causar muerte y que se previenen con las vacunas.

Instan a la toma de decisión basado en argumentos técnicos como los aquí expuestos para no prohibir el uso de vacunas con timorosal, lo que a nuestro juicio crearía un mal precedente para el Programa Nacional de Inmunizaciones.

Inserto publicado por el CAVEI en El Mercurio el 28 de diciembre de 2013. (CAVEI, 2013)

Sin embargo, hemos visto que este tipo de comunicación no interpela a los padres y madres que están cuestionando no solo los contenidos científicos, sino aspectos más generales relacionados con la confianza en las fuentes de la información, las relaciones verticalistas o con un tipo de medicina que no responde a sus formas de entender la salud y la enfermedad. Así, por ejemplo, responde un padre ante la pregunta sobre las campañas de información de vacunas:

“La gente que no vacuna es la gente que está más informada, entonces no es hacer campañas de hacer campañas de más información. Es todo lo contrario, nosotros le pedimos al ministerio que se informe más también, que no descarte la cantidad de evidencia cada vez más

abrumadora que hay, no en contra de todo, sino que en contra de un sistema que hoy día nos tiene cooptados a todos los seres humanos que es súper de mercado. Y la gente lo percibe así, es como "saquemos la siguiente vacuna para sacar más plata". (Cristóbal, 11, ext19).

De esta forma, vemos que aunque estos expertos reconozcan la complejidad de los problemas, ponen gran énfasis en abordar el problema a partir de “informar” y “educar” a la población, lo que se corresponde con asignar un rol “divulgador” al comunicador que no debe distorsionar su mensaje, sino que simplificarlo para hacerlo más comprensible. No se trata aquí de negar el valor que tiene la comunicación o la información, que además es un reclamo y una demanda de parte de los ciudadanos, sino de dar cuenta de la visión verticalista que continúa operando con este tipo de postulados. Por otra parte, al continuar centrando la discusión en un problema de “contenidos” y quiénes son los mejores preparados para su correcta interpretación, se está obviando que el cuestionamiento es más complejo. Así, en un debate como el de las vacunas, vemos que la discusión no pasa solo por componentes determinados o por los posibles efectos secundarios que están en juego, sino que estos padres y madres están expresando un malestar con cierto tipo de medicina y una desconfianza a quienes la representan.

Las consecuencias de esta visión verticalista no solo afectan a la forma en que se entiende el rol comunicador y las estrategias utilizadas sino que también condicionan los temas que se pueden tratar. Así, el reclamo que realizan algunos padres sobre la necesidad de transparentar los efectos secundarios de las vacunas, así como entregar más información mediante un consentimiento informado, es un tema que los expertos reconocen como complejo de abordar y un debate pendiente, pero además expresan sus dudas sobre la madurez que como sociedad se necesita para abordarlo.

Conclusiones

El recorrido que ha implicado esta investigación ha permitido dar cuenta de la complejidad de las actuales controversias sobre vacunas en Chile que, como hemos podido analizar, exceden la discusión sobre las vacunas mismas y donde los puntos de vista de los actores implicados, así como el sentido que tienen las vacunas para ellos, no pueden entenderse al margen de su contexto sociopolítico y cultural.

La revisión histórica de la primera parte de esta investigación ha sido fundamental para abordar las controversias actuales sobre las vacunas, ya que no solo da cuenta de la complejidad de este tipo de debates, sino que también ha permitido desnaturalizar los discursos y las categorías desde las que se analizan estas discusiones en la actualidad.

En primer lugar, este análisis histórico ha permitido poner de relieve la dimensión sociopolítica y cultural de las inmunizaciones que, como política de salud pública, ha tenido desde sus inicios en el siglo XVIII. Así, los diversos casos analizados nos han permitido constatar cómo las discusiones sobre vacunas han estado vinculadas con diversos aspectos que van más allá que su dimensión científico-técnica, abarcando desde distintas perspectivas médicas en el campo de la salud pública hasta aspectos políticos e ideológicos más amplios. Por lo tanto, vemos que la vacunación no puede ser entendida únicamente como una técnica médica, de aplicación universal y aislada de sus contextos de implementación.

En este sentido esta revisión también ha permitido vincular la oposición a la vacunación con las distintas racionalidades y formas de gobierno de cada etapa. Así, a grandes rasgos podemos señalar que en la medida en que han predominado las visiones liberales, especialmente aquellas más ortodoxas, el cuestionamiento a la obligatoriedad de la vacuna ha sido más manifiesto. En cambio, la expansión y universalización de las vacunaciones, así como su aceptación, han estado íntimamente ligadas al desarrollo del Estado de Bienestar, ya que además de predominar un discurso más colectivista y de validarse el rol del Estado protector que se responsabiliza por la salud de la población, se crearon las condiciones adecuadas para la sistematización de las inmunizaciones,

como los sistemas de salud con carácter universal. En este contexto la vacunación era parte de toda una política de ampliación de derechos sociales y, en los países de menores ingresos como Chile, también fue de la mano de las políticas de superación de la pobreza.

Esta revisión también nos permitió entender las particularidades de la etapa actual. Así, hemos visto que con el giro hacia el neoliberalismo de las últimas décadas se ha tendido, entre otros aspectos, a responsabilizar a los individuos de su propia salud mientras que se promueve una reducción del rol protector del Estado. En esta etapa volvieron a surgir nuevas expresiones de cuestionamientos a las vacunas a nivel internacional. Así, nuestra investigación identificó cómo desde fines de la década de 1970, ante algunas controversias sobre la seguridad de ciertas vacunas comenzaron a crearse asociaciones de padres en distintos países, especialmente en aquellos de mayores ingresos, cuestionando las inmunizaciones y pidiendo libertad de vacunación bajo el lema del “derecho a decidir”. Si bien estas agrupaciones no fueron masivas, en algunos casos tuvieron capacidad de presión para lograr cambios relevantes como el *Dissatisfied Parents Together* (hoy llamada *National Vaccine Information Center*) de EEUU.

Aunque no es posible trazar una línea directa entre estas asociaciones y nuestro caso de estudio en Chile, vemos que sí hay interesantes puntos de coincidencias tanto en sus reivindicaciones como en sus estrategias de acción. Estas solo pueden entenderse en el marco de la implementación del modelo neoliberal en Chile, el cual debilitó los avances sanitarios que había logrado el Estado de Bienestar, impulsó la privatización de la salud en los sectores con capacidad de pago e impuso una lógica de competencia generalizada que inclinó la balanza hacia visiones más “individualistas”. Así, específicamente en el ámbito de la salud hemos analizado cómo esta gubernamentalidad neoliberal, al instaurar nuevas lógicas de relaciones sociales y subjetividades bajo los principios de empoderamiento, responsabilización y su apelación a que cada individuo se convierta en un “empresario de sí”, también creó condiciones para que las personas resignificaran la forma de entender su responsabilidad en el cuidado de su salud. En el marco de este nuevo escenario se han generado una serie de tensiones que son centrales para entender las controversias sobre vacunas en Chile.

En este contexto de gubernamentalidad neoliberal y de las prácticas que a partir de ella establecen los sujetos con el cuidado de sí mismos y de los otros, hemos indagado el sentido que tienen las vacunas tanto para los expertos del ámbito de la salud como para los padres y madres críticos con la vacunación. Para ello, nos hemos centrado en analizar las tres principales tensiones que se despliegan en las controversias actuales sobre las vacunas en Chile, lo que nos ha permitido ir trazando algunas características de los actores, así como de sus discursos, prácticas y estrategias políticas, sociales y comunicacionales.

La diversidad de los actores

Uno de los aspectos relevantes a destacar es que no es posible hablar de un grupo o movimiento “antivacunas” como algo homogéneo y estructurado. Entre estos padres existe una variedad de posturas que van desde el rechazo total a todas las vacunas hasta cuestionamientos puntuales respecto a un componente como el timerosal o a una vacuna en particular como la VPH. Además, los padres que no rechazan completamente la vacunación también hacen diferencias entre las vacunas, especialmente entre las “de siempre” y “las nuevas” o también entre las “que da el ministerio” y la “privada” o por último, entre las que son para “enfermedades graves” y las de las “enfermedades de los niños”. Así, en cada una de estas diferenciaciones vemos que también se ponen en juego distintas razones para oponerse a la vacunación, de acuerdo a diversas dudas y cuestionamientos que son evaluadas por ellos en cada situación particular a la hora de decidir si vacunar o no a sus hijos.

Otro aspecto que destaca es que si bien estamos frente a padres y madres que, teniendo en cuenta sus lugares de residencia, calidad de vivienda y, especialmente, por su nivel educativo, podrían definirse como parte de la clase media chilena, de ninguna manera esto agota la caracterización de este grupo. En el análisis hemos visto que en general se trata de personas que tienen no solo un alto nivel educativo, sino también un capital social y cultural que despliegan a la hora de elaborar argumentos complejos, cuestionar a las autoridades o a los médicos, e incluso en la forma en que estos padres “se paran” frente al mundo y construyen redes de apoyo. Sin embargo, en cuanto a los recursos económicos se puede señalar que son muy variables dependiendo de los tipos de trabajo y también los “estilos de vida”. Esto influye en sus posturas respecto a la salud en general y la de las vacunas en particular porque está directamente relacionado con sus

opciones de cuidado, de elección de médicos y sus estrategias de vacunación (como poder comprar vacunas privadas).

También podemos señalar que las razones que tienen los padres para cuestionar las vacunas son diferentes y marcan también líneas discursivas, prácticas o estrategias que dan cuenta de la diversidad que mencionábamos anteriormente. Una primera diferenciación importante en esta línea es la que se da entre los padres “afectados”, que culpan a las vacunas de los problemas de salud de sus hijos y quienes, teniendo a sus hijos saludables, la vinculan con un riesgo, es decir, con una probabilidad de daño futuro. El reclamo de los padres afectados se centra principalmente en el reconocimiento de su situación y la compensación que esperan por parte del Estado, mientras que los padres no afectados están más centrados en la incertidumbre científica y la falta de fuentes que les inspiren confianza.

Otra diferenciación se establece entre quienes cuestionan aspectos específicos de algunas vacunas (como las dudas respecto a un componente como el timerosal o que la vacuna del Papiloma Humano –VPH- sea aplicada a niñas en edad escolar), y quienes cuestionan las vacunas como parte de una crítica más general, por ejemplo, a un sistema socioeconómico, a una forma de vida o a una manera de entender la salud y la enfermedad con la que no se identifican. En esta última línea se encuentran aquellos padres y madres que ponen el acento en sus “estilos de vida”, derivados de determinadas visiones de mundo.

También existen diferencias en la formas de entender el rol del Estado, especialmente entre quienes lo consideran como garante del bienestar social, incluso por sobre las libertades individuales, y quienes lo entienden en su rol de establecer ciertas reglas o condiciones para que cada individuo elija “libremente”. En la discusión sobre las vacunas esto se traduce también en distintas formas de entender, por ejemplo, el debate sobre la obligatoriedad de la vacunación o también, en lo que cada uno le exige al Estado.

Por su parte, entre los expertos también encontramos una cierta diversidad. Si bien ningún profesional de la salud señaló estar en contra de la vacunación (ni siquiera un médico antroposófico) y en general promueven enfáticamente su uso, las diferencias a la hora de entender la medicina en general y su rol en este campo en particular, así como

sus perspectivas médicas, las especialidades o los cargos, van generando una diversidad de discursos, prácticas y estrategias a la hora de enfrentar las controversias y a quienes cuestionan la vacunación.

Una primera diferenciación que podemos establecer entre los expertos se da entre quienes tienen cargos de responsabilidad asociados a las políticas de inmunización y de salud pública, como por ejemplo, jefes del ministerio de Salud o asesores del CAVEI, y los profesionales de la salud que ejercen en contacto directo con los pacientes. En el primer grupo predomina una forma de entender la salud y bienestar a nivel poblacional, con argumentos asociados a la salud pública, la “inmunidad de rebaño”, las tasas de vacunación, el uso de estadísticas y probabilidades. En cambio, en el caso de los profesionales que están en contacto directo con el paciente, no es que los argumentos de Salud Pública estén del todo ausentes, pero el planteo en torno a los beneficios de la vacuna y especialmente de los riesgos de no vacunar son desplegados en forma más concreta y apelando al convencimiento de los pacientes.

En este sentido, es importante tener en cuenta que las especialidades médicas también son fundamentales para entender desde qué lugar hablan los expertos, no solo por las diferencias que pueda haber entre, por ejemplo, un infectólogo (que tiene más afinidad con el tema las vacunaciones) y un médico general, sino porque algunas especialidades también implican una forma determinada de entender la medicina y el rol de los médicos. Así, por ejemplo, la medicina familiar se acerca más a atender a las personas de manera integral y en los contextos donde viven.

En otras especialidades, como por ejemplo, los pediatras infectólogos o también quienes se dedican a la investigación sobre vacunas, hemos encontrado que se hace más referencia al enfoque de la “medicina basada en evidencia”. En el análisis hemos visto cómo esta diversidad de miradas que hay dentro de la práctica médica se traduce en formas distintas de enfrentar la decisión de algunos padres de no vacunar a sus hijos y de entender sus cuestionamientos.

El derecho a decidir y la obligatoriedad de la vacunación

Otro aspecto a destacar es que en esta discusión sobre vacunas encontramos la idea de que la ciudadanía chilena ha cambiado, “está empoderada”, cuestiona y exige más. Si bien este “empoderamiento” ha sido impulsado desde las mismas políticas de salud del

Estado en búsqueda de lograr que el ciudadano se “haga cargo de su propia salud”, esto está en la base de una serie de tensiones que se expresan en el debate sobre las vacunas.

Una de estas tensiones se da en torno a la obligatoriedad de la vacunación y el derecho a decidir que reclaman estos padres y madres. Como vimos en nuestra revisión histórica esta es una tensión propia del liberalismo, que se da entre los derechos individuales y el bienestar colectivo, que a su vez se enmarca en un debate más amplio sobre los límites y roles del Estado. Una tensión que se renueva en el contexto neoliberal, pero reinterpretada principalmente a partir de la figura del “empresario de sí” que se responsabiliza y autogestiona todos los aspectos de su vida, incluyendo el de la salud.

En salud, vemos que esta lógica de la autogestión se traduce en una reivindicación por la “libertad de elegir”. En la sociedad chilena la implementación de las políticas neoliberales levantó el principio de la “libertad de elegir” como un valor fundamental, pero en un marco de elección de mercado y limitándola a la capacidad de pago de cada individuo. Sin embargo, vemos cómo la “libertad de elegir” que reclaman los padres excede por lejos ese enfoque economicista, utilizando ese mismo argumento para decidir sobre otros aspectos de su vida como en este caso, la elección de vacunar o no a sus hijos. Por eso, se reclama contra la obligatoriedad de la vacuna entendiéndola como una “intromisión del Estado” en un ámbito privado que “no le corresponde”. Sin embargo, en el tema de la obligatoriedad y del rol del Estado se aprecian ciertos matices entre los padres, según las razones que tengan los padres para oponerse a la vacunación y, como mencionamos, las diferentes formas que tienen de entender el rol del Estado.

En el caso de los profesionales de la salud, también encontramos esta reflexión acerca del rol del Estado en el cuidado de la salud de la población, y es que a pesar de que el valor de la vacunación no es puesto en duda por ninguno de los ellos, la obligatoriedad sí genera cuestionamientos e incluso rechazo entre algunos expertos. Esto varía de acuerdo a su cargo, sus funciones, sus enfoques médicos, por ejemplo, los expertos que tienen responsabilidades a nivel ministerial o en cargos asesores como los del CAVEI y que tienen una mirada más vinculada a la salud pública, defienden la obligatoriedad de la vacunación entendiéndola como una forma de velar por el bienestar de la población. Sin embargo, se cuestiona la dificultad de concretarla por vías represivas y expresan su preferencia por otras lógicas, más acordes con la gubernamentalidad neoliberal, de “convencer” a las personas para que ellas mismas hagan suyas la meta de la vacunación.

Sin embargo, otros profesionales sí manifiestan dudas frente a la obligatoriedad o incluso la rechazan en nombre de la libertad personal y de que el rol médico es informar para que las personas tomen sus decisiones.

Ante el carácter obligatorio de las vacunas, las madres y padres desarrollan diversas estrategias para evitar su imposición, en las que ponen en juego sus distintas posibilidades de acuerdo a sus capitales sociales, económicos y culturales. En algunos casos se opta por la confrontación directa, pero en la mayoría de los casos, las estrategias son más “indirectas”, buscando eludir los controles que se dan en el ámbito de la salud y la educación pública, por ejemplo, llevando a sus hijos a médicos o jardines infantiles privados que no piden como requisito el certificado de vacunación. En este punto, las mayores tensiones se presentan para quienes por razones económicas o, por ejemplo, por ubicación geográfica, no pueden recurrir al ámbito privado. La estrategia de eludir los controles del Estado utilizando el sistema de salud privado es algo que los profesionales de la salud, especialmente aquellos que están en contacto directo con el paciente, identifican como un problema, aunque no les afecta directamente en su trabajo dado que estos pacientes no recurren a ellos.

La posibilidad de utilizar distintas estrategias para eludir la obligatoriedad de la vacunación pone de relieve un tema central para la gubernamentalidad neoliberal: que las diferentes formas de control que se ejercen sobre la población varían de acuerdo a los recursos y posiciones sociales de los individuos. En el caso de Chile se puede ver que las redes de control y vigilancia mediante diversas instituciones, políticas públicas o programas de gobierno se hacen más densas en los sectores de menos recursos, que son quienes mayoritariamente utilizan los sistemas públicos de salud.

De esta forma, vemos que la vacunación obligatoria por ley es una medida que está en tensión con las lógicas de “responsabilización individual” y “autogestión de la salud” que se promueven desde las mismas políticas públicas. En la práctica hemos visto que se trata de una ley que se presta para lógicas de excepcionalidad, tanto por las interpretaciones jurídicas a las que ha sido sometida, como por los intersticios de control que existen y porque incluso los mismos profesionales de la salud no están todos de acuerdo con la obligatoriedad. Sin embargo, estas excepciones son más fácilmente aprovechadas por los sectores que cuentan con mayores recursos económicos, sociales y

culturales para evadir los controles, para defender sus posturas o incluso para enfrentar las consecuencias de “no vacunar”.

El malestar con la medicina y el rol de los expertos

Bajo la gubernamentalidad neoliberal la relación con el cuerpo y la salud se ha vuelto un elemento central en la construcción de identidad de los sujetos, de tal forma que ser una persona saludable ha llegado a convertirse en un súpervalor que funcionaría como imperativo de todo buen ciudadano responsable. Las personas son llamadas a empoderarse y participar activamente en la administración de su cuerpo, no dejando esta responsabilidad únicamente en manos de los médicos. Tal como hemos visto, estos valores son también relevantes para la gran mayoría de las madres y padres críticos con las vacunas, quienes además reivindican el derecho a tomar decisiones sobre la salud de los hijos como una responsabilidad propia de su rol, ya que por un lado, consideran que son ellos quienes deben velar por su bienestar y, por otro, también serán ellos quienes asuman individualmente los riesgos de estas decisiones. Lo que se ve reforzado, en el caso de Chile, por el hecho de que el Estado no tiene sistemas de compensación por daños de vacunas, lo que traslada a los individuos los costes de posibles daños sin que haya una lógica realmente solidaria de asumirlos colectivamente a partir de una medida implementada en nombre del bienestar general.

Si bien reivindicar la responsabilidad paterna sobre la salud de los hijos no es algo nuevo, lo interesante es que estos padres lo hacen contraponiéndose a un “otro”, ya sea al Estado (como en el caso de la obligatoriedad de la vacunación) o a los médicos (cuando se trata del cuidado de la salud en general), porque la salud es planteada en términos de disputa con esos “otros” por determinar quién tiene finalmente el control. Es decir, es el reclamo de un poder que no está de por sí asegurado, que ha estado históricamente en manos de otros y que debe ser recuperado tomando el control de su propia salud y defendiéndolo en cada decisión que se toma. En otras palabras, es una forma de entender y poner en práctica esa noción de “empoderamiento”, lo que lleva a una evidente tensión con el rol que históricamente han cumplido los médicos.

Por su parte, los profesionales de la salud reconocen esta tensión con esta nueva figura del paciente “empoderado” como un fenómeno que a su vez los lleva a repensar su

propio rol. Algunos expertos reconocen que el paternalismo y el verticalismo que ha estado históricamente vinculado a su formación médica ha condicionado un tipo de relación médico-paciente en Chile que está cambiando, principalmente porque muchos pacientes cuentan con las condiciones y herramientas para entablar unas relaciones más igualitarias.

Una de las formas en que los padres ponen en cuestión este tipo de relación, es disputando “el saber” que ha estado históricamente del lado de los expertos y en el que se ha basado esa “distancia social” y esa relación “verticalista”. Esto se hace a través de un doble proceso, por una parte, los padres relativizan los conocimientos de los médicos, considerándolos como una fuente más, y por otra, revalorizan su propio saber, en especial el referente a sus propios hijos. Sin embargo, cuando estos “ciudadanos empoderados” reivindican hacerse cargo de su salud contraponiéndose a la figura del médico, plantean una crítica que no solo apunta a esa la relación paternalista o verticalista, sino a un cuestionamiento más general de la medicina actual y que se expresa en lo que hemos llamado un “malestar con la medicina”.

Uno de los elementos centrales de este “malestar” se relaciona con una desconfianza respecto al peso que ha adquirido la industria farmacéutica en las decisiones de los profesionales y las autoridades de salud, que se hace extensiva a los medicamentos en general. Ante esta desconfianza la postura de los expertos varía de acuerdo a marcos más generales, incluso ideológicos, sobre la forma de entender la relación entre lo público y lo privado. Así, para algunos expertos la relación con la empresa privada no supone un problema, mientras que para otros es vista desde una perspectiva más crítica y como parte de una problemática que está desprestigiando al sector.

Por otra parte, el “malestar con la medicina” de los padres también se relaciona con la forma en que la “medicina tradicional-convencional” entiende y enfrenta los problemas de salud. Para algunos padres y madres esta medicina es parte de un sistema socioeconómico o una forma de vida con la que no se identifican. Las críticas se centran en la falta de una atención “integral” que tenga en cuenta todas las dimensiones de las personas, es decir, tanto lo físico como lo emocional o lo espiritual, y también las relaciones personales con el entorno más próximo. Así, para ellos, al no tener en cuenta estos aspectos, la medicina “tradicional-convencional” no se centra en las verdaderas

causas, quedándose en el plano de los síntomas y buscando soluciones “rápidas”, a partir de sobremedicar a los pacientes.

Sin embargo, no todos los padres expresan este malestar con la “medicina tradicional-convencional” por las mismas causas. Quienes tienen hijos con problemas de salud específicos, como el autismo, se enfocan más específicamente en los aspectos que favorecen o entorpecen la recuperación de sus hijos, tomando aquello que les sirve de la medicina “tradicional-convencional”, pero combinándola con otras terapias. La clave es que ellos asumen un mayor control de la salud de sus hijos, señalando un proceso de transformación que los ha llevado a convertirse en verdaderos “padres expertos”. Al culpar a las vacunas o a un componente específico como el timerosal de los trastornos de sus hijos, sus exigencias se dirigen principalmente a crear vacunas más seguras (sin timerosal), ser reconocidos como afectados por la vacuna y reclamar formas de compensación por los daños causados.

Ante este “malestar con la medicina” los padres desarrollan principalmente dos tipos de estrategias que pueden complementarse entre sí: el autocuidado y el uso de medicinas alternativas. Ambas tienen la particularidad de dar mayor sentido de control a estos padres y responden mejor a la idea de alcanzar el bienestar pleno, lo que se lograría enfocándose en “uno mismo”, modificando las conductas cotidianas y los estilos de vida. Este bienestar no se busca a partir de generar grandes cambios en el ámbito político y social, sino más bien centrándose en el plano personal, en la relación cuerpo-mente o a lo sumo, en modificar el entorno inmediato como las relaciones personales, familiares o comunitarias en un sentido más reducido. Así, muchos de quienes optan por las “medicinas alternativas” describen sus opciones contraponiéndolas a la “medicina tradicional-convencional”, en un serie de dicotomías como control-falta de control, natural-artificial, integral-especialización. Por otra parte, las principales formas de autocuidado que se describen se centran, por un lado, en buscar un equilibrio emocional y, por otro, en cuidar la alimentación, la que debe acercarse al ideal de “lo natural”, es decir, alimentos lo menos procesados posibles, “sin químicos”, idealmente provenientes de cultivo ecológico.

El hecho de que se destaque como principales formas de autocuidado el equilibrio emocional y la alimentación “natural” para lograr un estado de salud pleno, está estrechamente vinculado con su forma de entender cómo fortalecer y no saturar el

“sistema inmune”. Esto supone darle la posibilidad al cuerpo de desarrollar naturalmente sus defensas pasando, por ejemplo, por las enfermedades.

Estas distintas facetas del malestar con la “medicina tradicional-convencional” están en la base de las principales críticas contra las vacunas. Para estos padres las vacunas representan muchos de los aspectos que rechazan de la “medicina tradicional-convencional”, como la relación con la industria farmacéutica, la sobremedicación, el uso de componentes “artificiales” o la imposición de una medida “verticalista” que va en contra de lo que consideran como su responsabilidad de padres de decidir sobre la salud de sus hijos. En este sentido, la crítica a las vacunas se da en ese juego entre la crítica a los “otros”, pero también como una forma de defender una forma propia de entender esa relación con el cuerpo y la salud. Así, por ejemplo, en el debate del timerosal, cuando muchos de los padres y madres cuestionan la vacuna, lo relevante no es solo que estén desconfiando de un componente específico, sino que también están poniendo en duda a quienes recomiendan la vacuna, ya que representan a esa “medicina tradicional-convencional”.

Estos cuestionamientos no necesariamente se traducen en “no vacunar”, sino que también se manifiestan en estrategias alternativas de vacunación, como la de los padres que están más cómodos con la flexibilidad de los esquemas de vacunación que proponen médicos como los antroposóficos (criticando la sobrerrecomendación de vacunas de los “médicos tradicionales”).

Por otra parte, la mayoría de los expertos reconoce la dificultad de enfrentar a estos “pacientes empoderados”. Sin embargo, las formas de reaccionar y las estrategias utilizadas para enfrentar a estos pacientes varían de acuerdo a una serie de factores como sus cargos y funciones, sus especialidades o sus enfoques, elementos que se van entrelazando para ir conformando sus formas de entender la medicina y su rol como profesionales de la salud. Por ejemplo, los médicos especializados en medicina familiar definen su rol como el de “acompañar” a las personas para que ellas decidan sobre los ámbitos de su salud y por lo tanto, no ven en los cuestionamientos un ataque a su figura o su *expertise*. Por esto, desde esta perspectiva el manejo de situaciones complejas, como la negativa de los pacientes a vacunar a sus hijos, no deriva en un enfrentamiento o en un “juzgamiento”, aunque la recomendación siga siendo en favor de la vacunación.

En otros casos, por ejemplo, con los profesionales que no atienden directamente a pacientes, sino que tienen cargos de responsabilidad asociados a las políticas de inmunización y de salud pública o que son asesores del ministerio como los miembros de CAVEI, donde predomina un discurso que opera a nivel poblacional, con argumentos asociados a la “inmunidad de rebaño”, las tasas de vacunación o el uso de estadísticas y probabilidades, hemos visto que más que centrarse en los cuestionamientos de los pacientes, este grupo se focaliza principalmente en otros actores que, según ellos, “se entrometen” en su campo. Esto puede verse, por ejemplo, respecto a los parlamentarios en la discusión sobre el timerosal o también se hace una defensa del campo delimitando y diferenciándose respecto a otros actores que disputan ese espacio del saber y la práctica médica, como por ejemplo, con las llamadas “medicinas alternativas”.

En la discusión sobre vacunas, uno de los principales mecanismos que utilizan los expertos para enfrentar estos cuestionamientos es remarcar la distinción ciencia-no ciencia, reforzando así la delimitación del campo y definiendo los actores que están legitimados para participar en el debate. De esta forma, las decisiones sobre vacunas son reivindicadas como decisiones solo “técnicas”, que deben ser tomadas en base a “evidencias” y que deben ser determinadas por los expertos. Se busca reforzar la dimensión técnico-científica de la discusión sobre la vacunación y se utilizan argumentos de validación propios de su campo, como por ejemplo, el reconocimiento de pares (científicos), el uso de estudios publicados por revistas prestigiosas o avalados por determinados organismos nacionales e internacionales. Elementos que no necesariamente tienen valor para el resto de los ciudadanos, o incluso, como vimos en las entrevistas, pueden tener un valor negativo. De la misma forma, los expertos dan gran valor a este tipo de mecanismos propios del campo para explicar el problema de los “antivacunas”, como por ejemplo puede verse en importancia por ellos otorgada a la publicación de A. Wakefield sobre la falsa vinculación de la triple vírica con el autismo. Nuevamente, este es un tema destacado por los expertos pero que prácticamente no aparece entre los padres.

Dimensión Comunicacional: decisiones informadas y modelo del déficit

En el contexto neoliberal, que responsabiliza a cada persona de hacerse cargo de la propia salud, lo que muchas veces es reivindicado por muchos padres como un derecho

y deber propio de su rol, genera todo el tiempo una presión e incertidumbre por estar tomando las decisiones adecuadas. De esta manera, la información es asumida como una herramienta esencial en función de la toma de decisiones, algo que cada individuo debe saber buscar y evaluar.

En esta investigación hemos analizado cómo las madres y padres describen la decisión de vacunar o no a sus hijos como el resultado de un largo proceso, en el que la búsqueda de información juega un rol fundamental. Las estrategias que utilizan para informarse dependen de una serie de factores como la confianza en las fuentes, la necesidad de reducir la incertidumbre o los marcos de referencia desde los que entienden tanto su responsabilidad como padres como la relación con los profesionales de la salud. En el caso de las vacunas, si bien los cuestionamientos pueden ser disparados por diversas causas, como una noticia en televisión o una conversación con compañeros de trabajo, en general, se conectan con dudas previas como las relacionadas con este malestar con la medicina que analizábamos anteriormente. En este sentido, tanto los medios como las fuentes que se utilizan para informarse están relacionados con estos marcos previos y con la confianza en quienes emiten la información. De esta forma, la búsqueda de información por parte de los padres no puede entenderse al margen de la confianza o desconfianza que tienen en las fuentes de la información.

Desde ese punto de partida los entrevistados utilizan distintas estrategias para usar los medios de comunicación a su alcance, ya sea para informarse, para contactarse con otras personas o para posicionar sus puntos de vista. Así, por ejemplo, los padres y madres que desconfían de las autoridades o que son críticos con la “medicina tradicional-convencional”, tienden a no confiar tampoco en los sitios web oficiales, en las campañas de comunicación que provengan de esas fuentes, ni en los estudios o argumentos en los que se apoyan. Los organismos oficiales internacionales como la OMS o la OPS son vistos como una extensión de la misma medicina que critican y tampoco son fuente de confianza. Como contraposición, muchas veces se plantea que la información que inspira confianza es la que proviene de otros padres y madres que cuentan sus vivencias y dan recomendaciones. Por esto, entre sus estrategias de búsqueda de información destaca el uso de internet, en especial el de las redes sociales que les permiten esta conexión horizontal, entre iguales, pero también se identifican con los testimonios de padres y madres que aparecen en TV o los comentarios que las personas hacen de las noticias de los diarios *on line*. Esto no quiere decir que en esta

búsqueda de información en internet, se crea ciegamente en todo lo que encuentra, ya que aplican criterios para diferenciar lo que les parece serio, bien argumentado, con fuentes confiables de lo que no. Sin embargo, se admite que tanta información por una parte, y la falta de fuentes fiables por otra, les genera cierta incertidumbre y angustia.

En tanto, desde la perspectiva de los expertos, el mayor acceso a información sobre salud que tienen los ciudadanos en la actualidad, especialmente a través de internet, es señalado como un factor que ha transformado las relaciones médico-pacientes. En este sentido, la información es también una herramienta que las personas utilizan para poner en valor su propio conocimiento, lo que algunos expertos señalan como algo problemático y que dependiendo de la forma en que los profesionales de la salud entienden su rol, pueden valorar positiva o negativamente. Así, por ejemplo, los médicos familiares que entienden su rol como el de “acompañar” al paciente para que tomen sus propias decisiones y valoran positivamente el empoderamiento, ven en internet una herramienta positiva. Sin embargo, no todos los expertos valoran positivamente el uso de este medio, los profesionales de la salud que trabajan con otros enfoques como, por ejemplo, el de la medicina basada en evidencias o que tienen una visión más verticalista de su relación con el paciente, ven en ese uso de internet algo negativo, poniendo el foco en la falta de formación de los usuarios para diferenciar la información de calidad.

En el caso de las controversias sobre las vacunas, para los expertos, Internet es visto como uno de los principales “culpables” que explica el rechazo a la vacunación. Para los expertos, la capacidad que tienen los “grupos antivacunas” para hacer circular información errónea, sumado a la falta de capacidad que tienen las personas para discernir la información de calidad, sería una combinación que, en gran parte, explicaría el aumento del rechazo.

Esta visión coincide con lo que al comienzo de esta investigación denominábamos la visión “triumfalista de la ciencia” y las dicotomías en las que se basa, que ponen “al otro” en el lugar de la ignorancia, las creencias o las emociones. A partir de esta visión los expertos explican sus discrepancias con la ciudadanía basándose en el llamado “modelo del déficit cognitivo”, cuya premisa es que a mayor conocimiento=mayor aceptación de la ciencia y sus productos. Por lo que, la “solución” a la controversia

estaría centrada en acortar esa brecha cognitiva entregando mayor información (la correcta) o “educando” a la población.

Sin embargo, en el caso de actual controversia sobre vacunas, en la que nos encontramos con que las personas que cuestionan tienen acceso a información o niveles educativos altos, se ha desarrollado una reelaboración de este modelo del déficit, en la que el cuestionamiento se debe a que el “otro”, a pesar de estas características, no tiene la formación o la capacidad para comprender contenidos científicos complejos o se recurre a otros argumentos como el emocional o “ideológicas” que primarían por sobre su capacidad intelectual, lo que habría que corregir. De esta forma, aunque se reconozca que las personas tengan acceso a información e incluso estudios universitarios, se continúa abordando el tema desde el enfoque del “déficit cognitivo” y centrando las soluciones en el aspecto “comunicacional-educativo”. De acuerdo a esta perspectiva, las estrategias comunicacionales que defienden los expertos responden a una mirada “verticalista” que busca difundir un conocimiento de “arriba-abajo”. El rol que estos expertos asignan a los comunicadores es el de divulgar el conocimiento de los expertos, que es definido por ellos y que debe llegar de accesible a los distintos grupos, poniendo énfasis en el valor de las vacunas, pero en ningún caso se hace referencia a fortalecer la credibilidad de las fuentes. Por consiguiente, se le entrega gran valor a las campañas de comunicación que transmiten determinados mensajes y eslóganes, pero que no abren espacios para diálogos o debates más complejos.

Sin embargo, hemos visto que este tipo de comunicación no interpela a los padres y madres críticos, porque ellos cuestionan no solo los contenidos científicos, sino aspectos más generales relacionados con la confianza en las fuentes de la información, las relaciones verticalistas o con un tipo de medicina que no responde a sus formas de entender la salud y la enfermedad. No se trata aquí de negar el valor que tiene la comunicación o la información, que además es un reclamo y una demanda de parte de los ciudadanos, sino de dar cuenta que al seguir manteniendo una visión verticalista, continuar centrando la discusión en un problema de “contenidos” y de quiénes son los mejores preparados para su correcta interpretación, se está obviando que el cuestionamiento a las vacunas es más complejo. La discusión no pasa solo por componentes determinados o por los posibles efectos secundarios que están en juego, sino que estos padres y madres están expresando un malestar con cierto tipo de medicina y una desconfianza a quienes la representan.

Futuras líneas de investigación

Las controversias sobre las vacunas en Chile continúan abiertas y en los últimos tiempos han ido acrecentando su complejidad. De fondo está el debate sobre la mayor participación e involucramiento de los ciudadanos en las decisiones sobre ciencia y tecnología, especialmente, en aquellos aspectos que les afectan directamente. Hemos visto que la falta de una resolución participativa y consensuada como fue el conflicto del timerosal, llevó a acrecentar los cuestionamientos a las vacunas. Tal como vimos en el apartado en el que se describió la controversia del timerosal, tanto los representantes del ministerio de Salud como los expertos asesores del CAVEI buscaron posicionar sus puntos de vistas participando activamente en la discusión parlamentaria y también en los medios de comunicación, justamente reivindicando la dimensión científico-técnica de la decisión. Esta estrategia que es acorde con el discurso de “no intromisión” y defensa de su campo, en la práctica ha estado lejos de cerrar el debate. Si bien se buscó clausurar la controversia por una vía político-administrativa como es un veto presidencial que dejó sin efecto la ley aprobada en el Parlamento, basado en argumento de no intromisión en una decisión científico-técnica, vemos que los debates sobre vacunas han continuado. Así, el giro hacia la judicialización que ha tomado una discusión como la de la vacuna del Papiloma Humano en la actualidad, da cuenta de que estas controversias no se han cerrado desde el punto de vista social y los debates continúan abiertos.

La controversia actual sobre la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) mantiene muchas de las características aquí señaladas pero también se abre a nuevas complejidades que deben ser exploradas. La incorporación de un enfoque de género para discutir sobre una vacuna que es aplicada a niñas y que tiene connotaciones de carácter sexual, así como explorar otros factores que entran en el contexto específico de la aplicación de esta vacuna, como el hecho de ser colocada en los colegios o la relevancia que toma para los padres el consentimiento informado, son temas que merecen ser abordados en nuevas investigaciones.

Los debates que están en la base de las controversias sobre vacunas, como la reivindicación sobre el control de la salud de los ciudadanos “empoderados” o el

malestar con una forma de ejercer la medicina son temas que están presentes y mutando en otros conflictos actuales. El auge de las medicinas alternativas como la “antroposofía” en ciertos sectores de la población o la importancia de la alimentación como un elemento diferenciador y generador de identidad, son temas que están en la misma línea de esta investigación y que pueden abrir nuevas líneas de investigación.

Bibliografía

- AAVP. (s. f.). Nuestra Asociación. Recuperado 9 de junio de 2016, a partir de <http://asociacion.aavp.es/index.php/asociacion>
- Aceves, P., y Morales, A. (1997). Conflictos y negociaciones en las Expediciones Balmis. *Estudios de historia novohispana*, (17), 171-200.
- Alaszewski, A. (2006). Health and Risk. En Taylor-Gooby, Peter and Zinn, Jens O., *Risk in Social Science* (pp. 160-178). New York: Oxford, University Press.
- Albaladejo, R., y Villanueva, R. (2010). Inmunidad y Vacunación. En E. Bouza, J. Picazo, y J. Prieto (Eds.), *Louis Pasteur. Una vida singular, una obra excepcional, una biografía apasionante* (pp. 136-145). Madrid: Kos.
- Alcíbar, M. (2007). *Comunicar la ciencia. La clonación como debate periodístico*. España: CSIC.
- Alcíbar, M. (2015). Comunicación pública de la ciencia y la tecnología: una aproximación crítica a su historia conceptual. *ARBOR. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191(773: a242).
<https://doi.org/dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3012>
- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Santiago de Chile.
- Álvarez, J. P. (2015). La lucha contra un enemigo mortal: la familia de los rhabdoviridae, género lyssavirus. *Revista Medica Clínica las Condes*, 26(6).
- Andre, F. (2003). Vaccinology: past achievements, present roadblocks and future promises. *Vaccine*, 21(7-8), 593-595.
- Arnold, D. (1993). *Colonizing the Body. State medicine and Epidemic Disease in nineteenth Century India*. Berkeley: University of California Press.
- Astasio, P., y Ortega, P. (2010). Vacunas, una historia fascinante. En E. Bouza, J. Picazo, y J. Prieto (Eds.). Madrid: Kos.
- Bachiller, R. (2015, octubre 6). Científicos e impostores. *El Mundo*. España. Recuperado a partir de <http://www.elmundo.es/opinion/2015/06/10/557710a0e2704e10218b457d.html>
- Baker, J. P. (2003). The pertussis vaccine controversy in Great Britain, 1974-1986. *Vaccine*, 21, 4003-4010.
- Baker, J. P. (2008). Mercury, vaccines, and autism: One controversy, three histories. *American Journal of Public Health*, 98(2), 244-253.

- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud (Resumen)* (p. 23). Washington: Banco Mundial.
- Barnes, D. (2012). The public life of a woman of wit and quality: Lady Mary Wortley Montagu and the vogue for smallpox inoculation. *Feminist Studies*, 38(2), 330-362.
- Baxby, D. (1999). Edward Jenner's inquiry; a bicentenary analysis. *Vaccine*, 17, 301-307.
- Bazin, H. (1999). *The eradication smallpox. Edward Jenner and the first and only eradication of a human infectious disease*. Academic Press.
- Bean, S. J. (2011). Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. *Vaccine*, 29, 1874-1880. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.01.003>
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Bijker, Huges, T., y Pinch, T. (Eds.). (2012). *The Social Construction of Technological Systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: MIT Press.
- Bill y Melinda Gates Foundation. (2015). Foundation Fact Sheet. Recuperado 8 de julio de 2016, a partir de <http://www.gatesfoundation.org/who-we-are/general-information/foundation-factsheet>
- Birn, A. E. (2011). Small (pox) success? *Ciência y Saúde Coletiva*, 16, 591-597.
- Birn, A. E. (2014). Philanthrocapitalism , past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda, 12(1), 1-27. <https://doi.org/10.5779/hypothesis.v12i1.229>
- Birn, A. E., y Nervi, L. (2015). Political roots of the struggle for health justice in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1174-1175.
- Blume, S. (2006). Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social science y medicine* (1982), 62(3), 628-642.
- Boëns, H. (1882, noviembre). Vaccination and its promoters in Belgium. *Vaccination Inquirer and Health Review*, p. 124.
- Borgoño, J. M. (2002). Vacunación antivariólica en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 19(1).
- Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.

- Bourdieu, P. (2003). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva* (2da.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brown, T. M., Cueto, M., y Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from international to global public health. *Public Health then and now*, 96(1), 62-72.
- Cabrera, M. J. (2012). Obligar a vivir o resignarse a morir. En M. S. Zárate (Ed.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile* (pp. 35-80). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Cairns, K., y Johnston, J. (2015). Choosing health: embodied neoliberalism, postfeminism, and the «do-diet». *Theory and Society*, 44(2), 153-175.
- Cámara de Diputados. (2011). *Sesión 25ª*. Recuperado a partir de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=8349%20&prmTIPO=TEXTOSesion>
- Camus, P., y Zúñiga, F. (2007). La Salud Pública en la Historia de Chile. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 17(2). Recuperado a partir de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/05/ANALES-CHILENOS-DE-HISTORIA-DE-LA-MEDICINA-VOL.-172-NOVIEMBRE-2007.pdf>
- Caponi, S. (1997). Coordinadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(1), 287-307.
- Caseldine-Bracht, J. (2010). The HPV vaccine controversy: Where are the women? Where are the men? Where is the money? *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 3(1), 99-112.
- Casper, M. J., y Carpenter, L. (2008). Sex, drugs, and politics: The HPV vaccine for cervical cancer. *Sociology of Health and Illness*, 30(6), 886-899.
- CAVEI. (2013, diciembre 28). Declaración del Comité Asesor de Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) sobre Timerosal en las Vacunas. *El Mercurio*. Recuperado a partir de <http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2013-12-28&dtB=29-04-2014%200:00:00&PaginaId=15&bodyid=3>
- CDC. (2000). Summary of the Joint Statement on Thimerosal in Vaccines. Recuperado 26 de agosto de 2016, a partir de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4927a5.htm>

- Chan, M. (2010). Examen externo de la respuesta de la OMS a la pandemia de H1N1 [OMS]. Recuperado 19 de agosto de 2016, a partir de http://www.who.int/dg/speeches/2010/ihr_review_20100928/es/
- Chatterjee, A. (Ed.). (2013). *Vaccinophobia and Vaccine Controversies of the 21st Century*. Springer.
- CNN Chile. (2014a, enero 2). Continúa la polémica en torno a las vacunas con timerosal. Recuperado a partir de <http://www.cnnchile.com/noticia/2014/01/02/-continua-la-polemica-en-torno-a-las-vacunas-con-timerosal>
- CNN Chile. (2014b, enero 30). Directora de Bioautista sostuvo que «no es sorpresa el veto» a la ley sobre Timerosal. Recuperado a partir de <http://www.cnnchile.com/noticia/2014/01/30/directora-de-bioautista-sostuvo-que-no-es-sorpresa-el-veto-a-la-ley-sobre-timerosal>
- CNN Chile. (2014c, febrero 3). Mañalich y críticas contra el uso de timerosal: «Lo que se busca detrás de ello es lucro». Recuperado a partir de <http://cnnchile.com/noticia/2014/02/03/manalich-y-criticas-contra-el-uso-de-timerosal-lo-que-se-busca-detras-de-ello-es-lucro>
- Cohen, D., y Carter, P. (2010). WHO and the pandemic flu «conspiracies». *BMJ*, 340(2912). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c2912>
- Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. (2011). *Informe sobre la evaluación de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE (2010/2153(INI))*. Parlamento Europeo. Recuperado a partir de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2011-0035+0+DOC+XML+V0//ES#title1>
- Comisión de Salud del Senado. (2011). *INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que elimina las vacunas multidosas con timerosal o compuestos organomercúricos*. Recuperado a partir de <https://www.camara.cl/pley/pdfpley.aspx?prmID=14368&prmTIPO=INFORME PLEY>
- Conis, E. (2013). A mother's responsibility: women, medicine, and the rise of contemporary vaccine skepticism in the United States. *Bulletin of the history of medicine*, 87(3), 407-35.
- Conis, E. (2015). *Vaccin Nation. America's changing relationship with immunization*. Chicago y London: The University of Chicago Press.

- Cooperativa.cl. (2002, julio 13). Colegio Médico rechazó decisión del ISP de terminar con producción de vacunas. Recuperado a partir de <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/colegio-medico-rechazo-decision-del-isp-de-terminar-con-produccion-de-vacunas/2002-07-13/115300.html>
- Cortassa, C. G. (2009). Comunicación Pública de la Ciencia: del monólogo alfabetizador al diálogo epistémico y sus condicionantes. En *Actas Foro Iberoamericano de comunicación y divulgación científica*. Campinas, Brasil. Recuperado a partir de http://www.oei.es/forocampinas/PDF_ACTAS/COMUNICACIONES/grupo1/052.pdf
- Cortassa, C. G. (2010). Del déficit al diálogo, ¿y después? Una reconstrucción crítica de los estudios de comprensión pública de la ciencia. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad e Innovación*, 5(15). Recuperado a partir de <http://revistacts.net/files/Volumen%205%20-%20N%C3%BAmero%2015/Cortassa.pdf>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Crocco, P. (2012). El Plan Nacional de Inmunizaciones de Chile: ¿es una prioridad? *Medwave*, 12(11), 1-4. <https://doi.org/doi: 10.5867/medwave.2012.11.5557>
- Cuesta, U., y Gaspar, S. (2014). La «repuntación online» de la información de vacunas en internet. *Historia y Comunicación Social*, 19, 15-29. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/rev_HICS.2014.v19.45007
- Cunha, M., y Durand, J.-Y. (2013). Anti-Bodies. The Production of Dissent. *Ethnologia Europea*, 43(1), 35-54.
- Decreto Exento 2028 (2010). Recuperado a partir de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1009965>
- Decreto N°338 (1989). Recuperado a partir de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12477>
- Decreto N°667 (1996). Recuperado a partir de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=14991&idParte=7152174&idVersion=1996-12-18>
- Devillard, M.-J., Franzé Mudanó, A., y Pazos, Á. (2012). Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico. *Política y Sociedad*, 49(2), 353-369.

- Devillard, M.-J., Pazos, A., Castillo, S., Medina, N., y Touriño, E. (1995). Biografías, subjetividad y ciencia social. Crítica del enfoque biográfico desde una investigación empírica. *Política y Sociedad*, 20, 143-156.
- DFL N°725, 32 § (1968). Recuperado a partir de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
- DIPRES. (1999). *Estadísticas de las finanzas públicas 1989-1998*. Santiago de Chile. Recuperado a partir de http://www.dipres.gob.cl/594/articles-22753_doc_pdf.pdf
- DIPRES. (2012). *Informe Final. Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)*. Ministerio de Salud de Chile. Recuperado a partir de http://www.dipres.gob.cl/595/articles-89691_doc_pdf.pdf
- Dixon, B. (2008). Venerating vaccines. *The Lancet*, 8(June), 349.
- Dorland. *Diccionario Enciclopédico ilustrado de medicina*. (2005) (30.^a ed.). Madrid: Elsevier.
- Douglas, M., y Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Drago, M. (2006). *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Santiago de Chile: Cepal, Naciones Unidas.
- Durbach, N. (2002). Class, Gender, and the Conscientious Objector to Vaccination, 1898-1907. *Journal of British Studies*, 41, 58-83.
- El Mostrador. (2016, septiembre 22). OMS asegura que grupos «anti-vacunas» en Chile son «un atentado a la salud pública mundial». Recuperado a partir de <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/09/22/oms-asegura-que-grupos-anti-vacunas-en-chile-son-un-atentado-a-la-salud-publica-mundial/?v=desktop>
- EMA. (1999). *EMA Public statement on thiomersal containing medicinal products*. London. Recuperado a partir de http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003902.pdf
- Emol. (2002, julio 20). Piden mesa de trabajo para evitar cierre del departamento de vacunas del ISP. Recuperado a partir de <http://www.emol.com/noticias/nacional/2002/07/20/90519/piden-mesa-de-trabajo-para-evitar-cierre-del-departamento-de-vacunas-del-isp.html>

- Emol. (2010, mayo 4). Expertos niegan riesgos de vacuna contra la gripe A(H1N1) y hacen urgente llamado. Recuperado a partir de <http://www.emol.com/noticias/nacional/2010/05/04/411213/expertos-niegan-riesgos-de-vacuna-contra-la-gripe-ah1n1-y-hacen-urgente-llamado.html>
- Emol. (2016, septiembre 6). Presentan recurso de protección para no administrar vacuna contra papiloma humano. Recuperado a partir de <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/09/06/820714/Este-viernes-se-presentara-recurso-de-proteccion-para-no-administrar-vacuna-contra-Papiloma.html>
- Espinoza, V., y Barozet, E. (2008). De qué hablamos cuando decimos «clase media»? Perspectivas sobre el caso chileno. *En Foco*, 142. Recuperado a partir de http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/27082009115400.pdf
- Ewald, F. (1996). Philosophie de la précaution. *L'année sociologique*, 46(2), 382-412.
- Fassin, D. (2008). *El hacer de la salud pública*. Recuperado a partir de <http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/El%20hacer%20de%20la%20salud%20p%C3%BAblica%20Didier%20Fassin.pdf>
- Fenner, F., Henderson, D. A., Arita, I., Jezek, J., y Ladnyi, I. D. (1988). *Smallpox and Its Eradication*. Switzerland: OMS.
- Fernández Teijeiro, J. J. (2012). *Jenner. El vencedor de la viruela*. Madrid: Nivola.
- Fica, A. (2014). Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile. Mucha vacuna y poco Papanicolau. *Revista chilena de infectología : órgano oficial de la Sociedad Chilena de Infectología*, 31(2), 196-203.
- Fitchett, J., y Heymann, D. (2011). Smallpox Vaccination and Opposition By Anti - Vaccination Societies in 19 Th Century Britain. *Historia Medicinae*, 2(1), 1-13.
- Fitzpatrick, M. (2005). *MMR and Autism. What parents need to know*. London y New York: Routledge.
- Flynn, P. (2010). *The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed*. Social Health and Family Affairs Committee, Council of Europe. Recuperado a partir de <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc10/EDOC12283.pdf>
- FONASA. (s. f.). Estadísticas Institucionales. Recuperado 22 de diciembre de 2016, a partir de

http://www.fonasa.gov.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html

- Foucault, M. (1990). La crisis de la medicina o de la antimedicina. En *La vida de los hombres infames* (pp. 93-120). Madrid: Las ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1999a). La política de la salud en el siglo XVIII. En *Estrategias de Poder. Obras esenciales Volumen II* (pp. 327-342). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999b). Nacimiento de la Medicina Social. En *Estrategias de Poder. Obras Esenciales. Volumen II* (p. 360-). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio y población. Curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la Biopolítica*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la sexualidad I: la voluntad del saber*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fox, G. J., Orlova, M., y Schurr, E. (2016). Tuberculosis in Newborns: The Lessons of the «Lübeck Disaster» (1929–1933). *PLoS Pathogens*, 12(1).
- Franzé Mudanó, A. (2013). Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas. *Revista de Antropología Social*, 22, 9-23.
- Fries, C. (2008). Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review*, 17(4), 353-367.
- García Moreno, J. (1989). *Instituto Bacteriológico de Chile. 97 Años al Servicio de la Salud*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- García Palacios, E., González Galbarate, J. C., López Cerezo, J. A., Lujan, J. L., Martín Gordillo, M., Osorio, C., y Valdés, C. (2001). *Ciencia, Tecnología y Sociedad: una aproximación conceptual*. Madrid: OEI/BibliotecaNueva.
- GAVI. (s/f). The business model. Recuperado a partir de <http://www.gavi.org/about/gavis-business-model/the-business-model/>
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. United Kindom: Polity Press.
- Girardi, C. (2013, septiembre 11). Vacunas chatarra y conflicto de interés. *El Mostrador*. Recuperado a partir de <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2013/09/11/vacunas-chatarra-y-conflicto-de-interes/>
- Gómez Marco, J., y Zamanillo Rojo, I. (2005). Grupos anti-vacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de paíse s. *Revista*

- Electrónica de Atención Primaria*, (8). Recuperado a partir de <http://ddd.uab.cat/record/98865>
- Gómez-Lus, M. L., y González, J. (2010). La teoría microbiana y su repercusión en la Medicina y la Salud Pública. En E. Bouza, J. Picazo, y J. Prieto (Eds.), *Louis Pasteur. Una vida singular, una obra excepcional, una biografía apasionante* (pp. 88-101). Madrid: Kos.
- González, Waldo, y Quiroz, M. (1972). La solución a los problemas de salud. Recuperado 2 de diciembre de 2016, a partir de <http://afichepoliticoen Chile.cl/>
- González, Wenceslao (Ed.). (2004). *Análisis de Thomas Kuhn: Las revoluciones científica*. Madrid: Trotta.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Grundy, I. (2000). Montagu 's variolation. *Endeavour*, 24(1), 4-7.
- Guérin, N. (2007). Histoire de la vaccination: de l'empirisme aux vaccins recombinants. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.09.024>
- Health Resources and Services Administration. (2016, Febreo). About the National Vaccine Injury Compensation Program. Recuperado 8 de junio de 2016, a partir de <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/about/index.html>
- Helsby, A. (1898). *Fracaso de la vacuna por inútil y desastrosa : (Debates ante la Sociedad Científica de Valparaíso)*. Valparaíso.
- Helsby, A. (1911). *Contra la Vacunación Obligatoria: que dicen hoi los sabios sobre la vacuna?* Santiago de Chile: Imp. Galvez /Diener.
- Hidalgo, E. (2009, julio 11). España compra 37 millones de vacunas contra el H1N1. *El País*. España. Recuperado a partir de http://elpais.com/diario/2009/07/11/sociedad/1247263213_850215.html
- Hilgartner, S. (2009). Las dimensiones sociales del conocimiento experto del riesgo. En Moreno Castro, Carolina (Ed.), *Comunicar los riesgos. Ciencia y tecnología en la sociedad de la información*. Madrid: OEI/BibliotecaNueva.
- Hilleman, M. (2000). Vaccines in historic evolution and perspective: A narrative of vaccine discoveries. *Vaccine*, 18, 1436-1447.
- Hobson-West, P. (2003). Understanding vaccination resistance: moving beyond risk. *Health, Risk y Society*, 5(3), 273-283. <https://doi.org/10.1080/13698570310001606978>

- Hobson-West, P. (2007). «Trusting blindly can be the biggest risk of all»: organised resistance to childhood vaccination. *Sociology of Health and Illness*, 29(2), 198-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00544.x>
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. España.
- Illanes, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la Salud Pública, Chile 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX* (Colectivo de Atención Primaria). Santiago de Chile.
- Infante, A., y Paraje, G. (2015). La Reforma AUGE 10 años después. PNUD. Recuperado a partir de http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/documentos_de_trabajo/la-reforma-del-auge-diez-anos-despues/
- Iranzo, J. M., y Blanco, J. R. (1999). *Sociología del conocimiento científico*. España: CIS - Universidad Pública de Navarra.
- Jenner, E. (2011). *Una investigación sobre las causas y los efectos de las Variolae Vaccinae*. Madrid: Calatrava.
- John, T. J., Plotkin, S. A., y Orenstein, W. A. (2011). Building on the success of the Expanded Programme on Immunization: Enhancing the focus on disease prevention and control. *Vaccine*, 29, 8835-8837. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.08.100>
- Kaddar, M., Milstien, L., y Schmitt, S. (2014). Impact of BRICS's investment in vaccine development on the global vaccine market. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 436-446. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.133298>
- Kaempffer, A., y Medina, E. (1982). La Salud Infantil en Chile durante la Decada del Setenta. *Revista Chilena de Pediatría*, 53(5), 468-480.
- Kaempffer, A., y Medina, E. (2006). Mortalidad infantil reciente en Chile : Éxitos y desafíos. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(5), 492-500. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000500007>
- Katta, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28, 1709-1706. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.12.022>
- Kuhn, T. (1981). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Kulenkampff, M., Schwartzman, J. S., y Wilson, J. (1974). Neurological complications of pertussis inoculation. *Archives of Disease in Childhood*, 49(1), 46-49.

- La tercera. (2009, octubre 6). La OMS reitera que la vacuna de la gripe A es segura.
Recuperado a partir de <http://www.latercera.com/noticia/la-oms-reitera-que-la-vacuna-de-la-gripe-a-es-segura/>
- Labra, M. E. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile . El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(4), 1041-1052.
- Larrión, J. (2014). Sobre el modelo del déficit cognitivo. Conocimiento experto, investigación postacadémica y comunicación pública de la ciencia y la tecnología. *Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencias Políticas*, (57-58), 2745-2758.
- Las vacunas salvan vidas y no causan autismo. (2013, agosto 18). *El Mercurio*.
Recuperado a partir de <http://impresa.elmercurio.com/pages/LUNHomepage.aspx?BodyID=3&dt=2013-08-18&dtB=2013-08-18&dtB=18-08-2013>
- Lavados, I. (1983). *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980*. Santiago de Chile: ONU / UNICEF.
- Laval, C., y Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- Laval, E. (1957). Vida y obra de Fray Pedro Manuel Chaparro, Médico chileno del siglo XVIII. *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, 24(56), 1-36.
- Laval, E. (2003a). Cincuentenario de la última epidemia de viruela en Chile. *Revista Chilena de Infectología, Edición Aniversario*, 111-112.
- Laval, E. (2003b). Sobre la transmisión de la tuberculosis y los primeros ensayos del BCG. *Revista Chilena de Infectología, Edición Aniversario*, 51-53.
- Laval, E. (2007). Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 24(3), Revista Chilena de Infectología.
- Law 105-115. (1997). Food and Drug Administration Modernization Act of 1997.
Recuperado 23 de agosto de 2016, a partir de <http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/SignificantAmendmentstotheFDCA/FDAMA/FullTextofFDAMALaw/default.htm#SEC.413>
- Leach, M. (2005). MMR mobilisation: Citizens and science in a British vaccine controversy. *Institute of Development Studies*.
- Leach, M., y Fairhead, J. (2007). *Vaccine anxieties. Global science, child health and society*. London: Earthscan.

- Lema Añon, C. (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Madrid: Dykinson.
- Letelier, M., y Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Revista Médica de Chile*, (131), 939-946.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005001000016>
- Ley Decreto N°1841 (1929). Recuperado a partir de
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1053787>
- Ley N° 20.584 (2012). Recuperado a partir de
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Ley N°3.385 Código Sanitario (1918). Recuperado a partir de
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=169255>
- Ley N°19.966 (2004). Recuperado a partir de
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
- LEY-S/N (1925). Recuperado a partir de <http://www.bcn.cl/lc/cpolitica/1925.pdf>
- Livingstone, M., y Raczynski, D. (1974). Documento N° 35: Políticas y Programas de Salud en Chile 1964-73. CEPILAN, Universidad Católica de Chile.
- López Piñero, J. M., y Bueno Cañigral, F. J. (2009). *Segundo Centenario de la Real Expedición Filantrópica de la vacuna 1803-2003. De Francisco Javier Balmis Berenguer al terrorismo biológico*. (Consell Valencià de Cultura). España.
- Lupton, D. (1997). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: SAGE.
- Marsden, S., y Conway, J. (2010, julio 1). Swine flu outbreak cost UK pound 1.2bn. *The Independent*. Recuperado a partir de <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/swine-flu-outbreak-cost-uk-pound12bn-2015429.html>
- Martin, E. (1994). *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture from the Days o Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- McGoey, L. (2012). Philanthrocapitalism and its critics. *Poetics*, 40(2), 185-199.
- Memoria Chilena. (s. f.-a). Cosecha de linfa vacunífera, hacia 1910. Recuperado 4 de octubre de 2016, a partir de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-77120.html>
- Memoria Chilena. (s. f.-b). Preparación vacuna antirrábica, hacia 1910. Recuperado 11 de octubre de 2016, a partir de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-77121.html>

- Merton, R. K. (1973). *The Sociology of Science. Theoretical and Empirical Investigations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ministerio de Salud de Chile. (1977). *Políticas de Salud*.
- Ministerio de Salud de Chile. (1984). *Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. (2005). *Desigualdades Intercomunales en Salud Chile 2005*. Santiago de Chile. Recuperado a partir de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas comunicacionales/cursosDDS/cursosesp/Textos Completos/desigualdades intercomunales en salud.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago de Chile: MINSAL. Recuperado a partir de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Recuperado 20 de diciembre de 2016, a partir de http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Calendario de Vacunación 2015*. Recuperado 10 de enero de 2017, a partir de http://web.minsal.cl/sites/default/files/CALENDARIO2015_final.pdf
- MINSAL. (2014). *Diagnóstico del estado nutricional de menores de 6 años, gestantes, nodrizas y adultos mayores, bajo control en el sistema público de salud*. Ministerio de Salud de Chile. Recuperado a partir de http://web.minsal.cl/sites/default/files/DIAGNOSTICO_ESTADO_NUTRICIONAL_DICIEMBRE_2013.pdf
- Molina Bustos, C. (2004). *Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile : 1889-1938*. *Polis: Revista Latinoamericana*, 9. Recuperado a partir de <https://polis.revues.org/7384>
- Molina Bustos, C. (2007). *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Molina Bustos, C. (2009). Historia de la protección social de la salud en Chile: 1938-1973. En H. Monasterio, R. Urriola, J. Massardo, y C. Molina Bustos, *Historia de la protección social de la salud en Chile*. Santiago de Chile: LOM/Fonasa.
- Monasterio Irazoque, H. (2009). La protección social en salud a comienzos del siglo XXI. En H. Monasterio, R. Urriola, J. Massardo, y C. Molina, *Historia de la protección social de la salud en Chile*. Santiago de Chile: LOM/Fonasa.
- Montañés, O. (2010). La cultura científica como fundamento epistemológico de la comunicación pública de la ciencia. *Revista Artefactos, Universidad de Salamanca*, 3(1), 187-229.
- Moratinos, P., y Evaristo, R. (2004). *Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1806). Comisión Balmis y subcomisión Salvany* (Imagine). Madrid: Imagine.
- Moulin, A.-M. (1992). Patriarchal Science: The network of the overseas Pasteur Institutes. En P. Petitjean, C. Jami, y A.-M. Moulin (Eds.), *Science and Empire* (pp. 307-322). Kluwer Academic Publishers.
- Moulin, A.-M. (1999a). Les sociétés et leurs vaccins. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Sciences de la Vie*, 322(11), 983-087.
[https://doi.org/doi:10.1016/S0764-4469\(00\)87197-8](https://doi.org/doi:10.1016/S0764-4469(00)87197-8)
- Moulin, A.-M. (1999b). Premiers vaccins, premières réticences. *Pour la Science*, 264, 12-15.
- Moulin, A.-M. (2007). Les vaccins, l'état moderne et les sociétés. *Medecine/Sciences*, 23(4), 428-434.
- Murillo, A. (1883). *Vacunación Obligatoria. Discurso pronunciado en la Cámara de Diputados*. Santiago de Chile.
- Naciones Unidas. (1992). Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Recuperado 26 de agosto de 2016, a partir de <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/documents/declaracionrio.htm>
- Needell, J. (1987). The Revolta Contra Vacina of 1904 : The Revolt against « Modernization » in Belle-Époque Rio de Janeiro. *The Hispanic American Historical Review*, 67(2), 233-269.
- Nunès, E. (2010, abril 30). Grippe A : la France n'a pas terminé de payer sa campagne de vaccination. *Le Monde*. Francia. Recuperado a partir de http://www.lemonde.fr/politique/article/2010/04/30/grippe-a-la-france-n-a-pas-termine-de-payer-sa-campagne-de-vaccination_1344968_823448.html?xtmc=vaccin_h1n1_2009&xtcr=42

- Offit, P. A. (2005). *The Cutter incident. How America's vaccine led to the growing vaccine crisis*.
- Olagüe de Ros, G. (2008). La introducción y difusión de la vacuna contra la viruela en España (1800-1806). En E. Perdiguero Gil y J. Vidal Hernández (Eds.), *Las vacunas: historia y actualidad* (pp. 19-35). Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.
- OMS. (1980). *La erradicación mundial de la Viruela*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2009). *Preparación y respuesta ante una pandemia*. Ginebra: OMS. Recuperado a partir de http://www.who.int/csr/swine_flu/Preparacion_Pand_ESP.pdf
- OMS. (2011). *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*. OMS. Recuperado a partir de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf
- OMS. (2013). Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Recuperado a partir de <http://www.who.int/publications/list/polio-strategy-2013/es/>
- OMS. (2014a). Smallpox. Recuperado a partir de <http://www.who.int/biologicals/vaccines/smallpox/en/>
- OMS. (2014b). Vacunas contra papilomavirus humanos: Documento de posición de la OMS, octubre de 2014. *Parte Epidemiológico Semanal*, 89(43), 465–492.
- OMS. (2015). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- OMS. (s. f.). Temas de Salud: Epidemiología. Recuperado 2 de septiembre de 2017, a partir de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- OMS, UNICEF, y Banco Mundial. (2010). *Vacunas e inmunización: situación mundial* (3ra.). Ginebra: OMS. Recuperado a partir de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563862_spa.pdf
- OPS. (1980). Fondo Rotatorio de PAI: Nuevos miembros. *PAI Boletín Informativo. Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas*, II(4), 1.
- OPS. (2010a). *Informe de los avances de la vacunación contra la Influenza Pandémica (H1N1) en la Región de las Américas*. Recuperado a partir de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/H1N1_Bulletin_Vaccine_Update_Sep_3.pdf

- OPS. (2010b, septiembre 13). Chile. Recuperado 17 de agosto de 2016, a partir de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/H1N1_ctyProfile_Chile_s.pdf
- OPS. (2013). Posición de la OPS sobre la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Recuperado 9 de mayo de 2016, a partir de http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=914-posicion-ops-sobre-vacuna-contra-virus-papiloma-humano-vph&catid=690&Itemid=258
- OPS. (2016, septiembre). Health Status Indicators. Recuperado 17 de diciembre de 2016, a partir de <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/health-status-core-en.html>
- Pardo Avellaneda, R. (2014). De la alfabetización científica a la cultura científica: un nuevo modelo de apropiación social de la ciencia. En B. Laspra y E. Muñoz (Eds.), *Culturas Científicas e Innovadoras. Progreso Social* (pp. 39-72). Buenos Aires: Eudeba.
- Petersen, A., y Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. London: SAGE.
- PHS, y AAP. (1999). Thimerosal in Vaccines: A Joint Statement of the American Academy of Pediatrics and the Public Health Service. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 48(26), 563-565.
- Piñera, S. (2014). *Oficio de S.E. el Presidente de la República. (boletín n° 7036-11)* (No. Sesión 121^a) (pp. 153-156). Cámara de Diputados. Recuperado a partir de <http://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=10412%20&prmTIPO=TEXTTOSESION>
- Plotkin, S. (2014). History of vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 111(34), 12283-12287. <https://doi.org/10.1073/pnas.1400472111>
- Plotkin, S., Orenstein, W., y Offit, P. A. (2013). *Vaccines* (6th ed.). China: Elsevier.
- Poland, G., y Jakobson, R. (2013). The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists. *The New England Journal of Medicine*, 364, 97-99. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1010594>
- Polio Global Eradication Initiative. (2011). Before polio vaccine: snapshots of life in the shadow of polio. Recuperado a partir de [http://www.polioeradication.org/Mediaroom/Newsstories\(old\)/Newsstories2011/tabid/408/iid/138/Default.aspx](http://www.polioeradication.org/Mediaroom/Newsstories(old)/Newsstories2011/tabid/408/iid/138/Default.aspx)

- Poltorak, M., Leach, M., Fairhead, J., y Cassell, J. (2005). «MMR talk» and vaccination choices: An ethnographic study in Brighton. *Social science y medicine*, 61, 709-719.
- Porter, D. (2005). *Health, Civilization and the State. A history of public health from de ancient to modern times*. New York: Routledge.
- Porter, D., y Porter, R. (1988). The Politics of Prevention: Anti-Vaccinationism and Public Health in Nineteenth-Century England. *Medical History*, 32(3), 231-252.
- Quiroga, S., Vega, E., Fungo, M., y Naeko Uema, S. (2015). Controversias en torno a la utilización de la vacuna contra el papiloma humano. *Revista de Salud Pública*, 3, 91-103.
- Raczynski, D. (1983). Reformas al sector salud: diálogos y debates. *Colección Estudios CIEPLAN*, 10(70), 5-44.
- Ramírez Martín, S. (2002). *La salud del Imperio. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*. Doce Calles. Recuperado a partir de <http://www.op12no2.me/stuff/herdhis.pdf>
- Ramos Torre, R. (1999). Prometeo y las Flores del Mal. En R. Ramos Torres y F. García Selgas (Eds.), *Globalización, riesgo y reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea*. (pp. 249-274). Madrid: CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Reich, J. A. (2014). Neoliberal mothering and vaccine refusal: Imagined gated communities and the privilege of choice. *Gender&Society*, 28(5). <https://doi.org/10.1177/0891243214532711>
- Rocamora, V. (2012). De la comunicación de riesgos a la comunicación de crisis. La OMS en el caso de la gripe A (H1N1). En *Actas del III Congreso Internacional de la Asociación de Investigación Española de Comunicación AE-IC*. Tarragona.
- Rodríguez de Romo, A. (1996). La ciencia pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: el caso mexicano. *Dynamis*, 16.
- Rodríguez, J., y Tokman, M. (2000). Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Cepal, Naciones Unidas.
- Rodríguez Ocaña, E. (1992). *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal.
- Rojas, C. (2012, noviembre 20). Representante de OPS por Meningitis: «es un error que padres no vacunen a sus hijos contra W-135». Recuperado a partir de

- <http://www.latercera.com/noticia/representante-de-ops-por-meningitis-es-un-error-que-padres-no-vacunen-a-sus-hijos-contr-w-135/>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Free Association Book.
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SafeMinds. (s. f.). About SafeMinds. Recuperado 29 de agosto de 2016, a partir de <http://www.safeminds.org/about-2/>
- Salinas, A. (2014). *La semántica biopolítica. Foucault y sus recepciones*. Viña del Mar, Chile: Cenaltes.
- Schneider, W. (2009). Smallpox in Africa during colonial rule. *Medical history*, 53(2), 193-227.
- Shore, C. (2010). La Antropología y el Estudio de la Política Pública: Reflexiones sobre la «formulación» de las Políticas. *Antipoda*, 10, 21-49.
- Shore, C., y Wright, S. (Eds.). (1997). *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. London and New York: Routledge.
- Superintendencia de Salud. (s. f.). Isapres. Recuperado 23 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-6081.html>
- Tafari, S., Martinelli, D., Prato, R., y Germinario, C. (2011). From the struggle for freedom to the denial of evidence: history of the anti-vaccination movements in Europe. *Annali di Igiene : Medicina Preventiva e di Comunita*, 23(2), 93-99.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Tuells, J. (2006). Vacuna Salk de polio: El ensayo de campo de Thomas Francis Jr. y el incidente Cutter. *Vacunas*, 7, 136-139.
- Tuells, J. (2009a). La «Revolta da vacina» en Río (1904): Resistencia violenta a la ley de vacunación obligatoria contra la viruela propuesta por Oswaldo Cruz. *Vacunas*, 10(4), 140-147.
- Tuells, J. (2009b). Vacunología colonial: las campañas contra la viruela en la sabana africana. *Vacunas*, 10(1), 23-25. [https://doi.org/10.1016/S1576-9887\(09\)71389-](https://doi.org/10.1016/S1576-9887(09)71389-)

- Urriola Urbina, R. (2016). *La Salud como Derecho: alcances conceptuales y operativos*. Santiago de Chile: Chile Veintiuno. Recuperado a partir de <http://www.chile21.cl/25283/>
- Urtubia, F. (2006). Vacunación forzosa versus libertades individuales: la controversia parlamentaria en torno al proyecto de Ramón Allende Padín. 1876-1882. *Anales chilenos de la historia de la Medicina*, 16(2).
- Véliz, L., Campos, C., y Vega, P. (2016). Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. *Revista Chilena de Infectología*, 33(1), 30-37.
- Vigarello, G. (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada.
- Wacquant, L. (2011). Forjando el Estado Neoliberal - Workfare, Prisonfare e Inseguridad Social, 16.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., y Lamadrid, S. (2001). Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., ... Walker-Smith, J. A. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 351(9103), 637-641.
- Watts, S. (2000). *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Andrés Bello.
- Wolfe, R., Sharp, L., y Lipsky, M. (2002). Content and design attributes of antivaccinations web sites. *JAMA*, 287(24), 3245-3248.
- Wynne, B. (1991). Knowledges in Context. *Science, technology y human values*, 16(1), 111-121.
- Wynne, B. (1995). Public Understanding of Science. En S. Jasanof, G. Markle, J. Petersen, y T. Pinch (Eds.), *Handbook of Science and Technology Studies* (pp. 361-388). SAGE.
- Wynne, B. (1996). May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide. En S. Lash, B. Szerszynski, y Wynne (Eds.), *Risk, Environment y Modernity: Towards a New Ecology* (pp. 27-43). London: SAGE.

Wynne, B. (2001). Creating Public Alienation: Expert Cultures of Risk and Ethics on
GMOs. *Science as Culture*, 10(4), 445-482.
<https://doi.org/10.1080/09505430120093586>